

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



RESPETO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS
MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES
CON RIESGO DE VIH

POR
ME. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RESPECTO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS
MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES
CON RIESGO DE VIH
POR
ME. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PHD.

OCTUBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RESPETO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS
MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES
CON RIESGO DE VIH

POR

ME. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CO-DIRECTOR DE TESIS

VÍCTOR MANUEL GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ, PHD.

OCTUBRE, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



RESPETO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS
MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES
CON RIESGO DE VIH

POR

ME. JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD.

OCTUBRE, 2018

RESPETO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS
MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES
CON RIESGO DE VIH

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD
Director de Tesis y Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega
Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
2do. Vocal

Víctor Manuel González y González, PhD
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para la realización del Doctorado en Ciencias de Enfermería, así como a la MCE. Diana Ruvalcaba Rodríguez, directora de la Facultad de Enfermería (FAEN) y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN, por el apoyo y las facilidades brindadas.

A mi directora de tesis Raquel Alicia Benavides Torres PhD, por compartir su amplia experiencia y por su profesionalismo, así como por sus atenciones y apoyo durante este proceso.

A mi jurado de tesis, la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Dra. Aracely Márquez Vega y Marco Vinicio Gómez Meza PhD, por su tiempo y sus valiosas aportaciones que fueron fundamentales para consolidar este proyecto.

A Víctor Manuel González y González PhD, por su colaboración y ayuda para que este proyecto mejorara, a la Dra. Elia Cortés Hernández, Directora del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) por permitirme colaborar en la unidad de Enfermería.

A los catedráticos de la FAEN por compartir su experiencia y conocimientos que sin duda enriquecieron mi formación doctoral.

A la Universidad Autónoma de Coahuila, a la MCE. Alicia Ugarte Esquivel y al Dr. Francisco Javier López Rincón por el apoyo y las atenciones brindadas.

Al personal administrativo y de intendencia de la FAEN por sus atenciones durante mi estancia en la Facultad.

A todas las personas que compartieron conmigo este trayecto, así como a mis compañeros de grupo por compartir sus conocimientos y por los momentos que pasamos juntos.

Dedicatoria

A Dios, por la vida y porque me permitió formar una hermosa familia con quienes he podido realizarme como padre, esposo, hijo y estudiante al mismo tiempo.

A mis padres Ciro Hernández Gutiérrez y Martha Torres Gómez por su apoyo incondicional, sus palabras de aliento en momentos difíciles y sus sabios consejos. Los amo.

A mi esposa Nancy Rodríguez Vázquez, por ser mi ejemplo de superación y perseverancia, gracias por tu amor, sabes que es recíproco y por compartir el mismo proyecto de vida personal y profesional.

A mis hijos Ilse Andrea, Hassan Gael y Gisela, por ser la razón de mis desvelos, mis preocupaciones, pero también de lo más hermoso que es la dicha de ser su padre. Su presencia cerca de mí, hizo mis días más alegres en este proceso, espero que este logro sea un buen ejemplo de superación profesional para ustedes.

A Liliana Vázquez Ríos y Juan Roberto Rodríguez Ramírez, por ser más que suegros, más bien son ustedes mis segundos padres, gracias porque en varias ocasiones los proyectos de mi esposa y los míos fueron la prioridad en su familia.

A mis queridos hermanos y cuñados que en algún momento en el camino tuvieron palabras de aliento y recibí su apoyo cuando lo necesitaba.

A todos mis detractores, porque sin ellos este proceso hubiera sido más fácil y posiblemente no lo hubiese valorado como hoy.

Gracias infinitas...

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	8
Estudios relacionados	24
Definición de términos	53
Objetivo general y objetivos específicos	55
Hipótesis	56
Capítulo II	
Metodología	57
Etapa cualitativa	57
Diseño	57
Población, muestra y muestreo	58
Criterios de inclusión	58
Criterios de exclusión	59
Criterios de eliminación	59
Mediciones	59
Plan de análisis de datos	65
Etapa pre-experimental	66
Esquema de la etapa pre-experimental	66
Diseño	66
Población, muestra y muestreo	66
Criterios de inclusión	66
Criterios de exclusión	67
Criterios de eliminación	67

Contenido	Página
Mediciones	67
Descripción de la intervención Respeto M-Salud	72
Plan de análisis de los datos	77
Etapa experimental	77
Esquema de la etapa experimental	77
Diseño	78
Población, muestra y muestreo	78
Criterios de inclusión	79
Criterios de exclusión	79
Criterios de eliminación	79
Mediciones	79
Procedimiento del estudio	79
Medidas de control para Respeto M-Salud	80
Tratamiento alternativo	80
Plan de análisis de datos	80
Consideraciones éticas del estudio	81
Capítulo III	
Resultados	
Resultados de la etapa cualitativa	83
Fase valoración	83
Fase decisión	92
Fase adaptación	93
Fase producción	96
Fase expertos revisores	98
Fase integración	99

Contenido	Página
Fase entrenamiento de facilitadores	101
Resultados de la etapa pre-experimental	101
Fase prueba piloto	101
Resultados de la etapa experimental	104
Fase ensayo controlado aleatorizado	105
Demográficos	106
Consistencia interna de los instrumentos	107
Prueba de Kolmogorov-Smirnov	107
Predictores de las intenciones de sexo seguro	113
Predictores de la conducta sexual segura	111
Resultados por hipótesis	116
Capítulo IV	
Discusión	128
Limitaciones del estudio	142
Conclusiones	142
Recomendaciones	145
Referencias	146

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Apéndices	
A. Guía semi-estructurada de entrevista con jóvenes	161
B. Guía semi-estructurada de entrevista con proveedor de salud	164
C. Formato de consentimiento informado para la fase valoración	168
D. Formato de consentimiento informado para la fase valoración de proveedores de salud	170
E. Críticas del material presentado de la intervención Respeto M-Salud	172
F. Formato de evaluación para expertos	173
G. Cédula de datos con criterios	176
H. Escala de percepción de riesgo para VIH	178
I. Escala breve de actitud sexual	179
J. Escala de provisión social VIH	181
K. Sub-escala del uso del condón con aprobación de la pareja	184
L. Sub-escala de resultados cognitivos	185
M. Escala de autoeficacia para prevenir el sida	187
N. Escala de problemas y errores en el uso del condón-hombres	189
Ñ. Escala de problemas y errores en el uso del condón-mujeres	192
O. Escala de intenciones de uso del preservativo	196
P. Sub-escala barreras percibidas para el uso del condón	197
Q. Cuestionario de comportamiento de sexo seguro	198
R. Formato de consentimiento informado para la prueba piloto	200
S. Formato de consentimiento informado para la fase experimental	202
T. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de susceptibilidad ante el VIH	204

Apéndices	Página
U. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de actitud hacia el sexo seguro	205
V. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de creencia social para el sexo seguro	206
W. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro	207
X. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de resultado esperado del sexo seguro	208
Y. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	209
Z. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	210
AA. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de barreras percibidas para el uso del condón	211
BB. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de intenciones de sexo seguro	212
CC. Análisis Multivariado Lambda de Wilks de conducta sexual segura	213

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Sesión 1. Consejería Respeto M-Salud	74
2. Sesión 2. Consejería Respeto M-Salud	77
3. Presentación IBE “Respect” original	94
4. Material que se mantiene con modificaciones	95
5. Crítica sobre el prototipo de aplicación móvil	95
6. Contenidos sugeridos por los jóvenes	96
7. Evaluación de los manuales	98
8. Pruebas de usabilidad	99
9. Variables sociodemográficas de la prueba piloto	102
10. Coeficientes Alfa de Cronbach de los instrumentos aplicados	102
11. Resultados de la prueba t pareada de la prueba piloto	104
12. Características sociodemográficas de la etapa experimental	106
13. Coeficiente Alfa de Cronbach de instrumentos aplicados pre test	107
14. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) variables demográficas	108
15. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés pre-test	108
16. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés post-test	111
17. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés al mes	112
18. Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de las intenciones de sexo seguro mediante la técnica de Bootstrap post-test	113

Tabla	Página
19. Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de las intenciones de sexo seguro mediante la técnica de Bootstrap al mes	114
20. Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de la conducta sexual segura mediante la técnica de Bootstrap post-test	115
21. Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de la conducta sexual segura mediante la técnica de Bootstrap al mes	116

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo Conductual Integrado	9
2. Modelo Lógico de Intervención	10
3. Relación de constructos del IBM y conceptos del Modelo Lógico de intervención	12
4. Relación de constructos del IBM y conceptos del Modelo Lógico de Intervención	13
5. Relación de constructos del IBM y conceptos del Modelo Lógico de Intervención	14
6. Relación de constructos del IBM y conceptos del Modelo Lógico de Intervención	16
7. Relación de constructos del IBM y conceptos del Modelo Lógico de Intervención	17
8. Constructos del IBM y relación de conceptos del Modelo Lógico de Intervención	20
9. Esquema de las fases de la etapa cualitativa	58
10. Esquema de la etapa pre-experimental	66
11. Plan de reducción de riesgo en el prototipo móvil	75
12. Ejemplo de diálogo de la primera sesión de la intervención adaptada de Respeto M-Salud	76
13. Esquema de la etapa experimental	78
14. Pantallas del prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud.	97
15. Esquema CONSORT de selección de participantes	105
16. Comparativa de los tratamientos en la variable susceptibilidad ante el VIH	117

Figura	Página
17. Comparativa de los tratamientos en la variable actitud hacia el sexo seguro	118
18. Comparativa de los tratamientos en la variable creencia social para el sexo seguro	119
19. Comparativa de los tratamientos en la variable norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro	120
20. Comparativa de los tratamientos en la variable resultado esperado del sexo seguro	121
21. Comparativa de los tratamientos en la variable autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	122
22. Comparativa de los tratamientos en los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	123
23. Comparativa de los tratamientos en las barreras percibidas para el uso del condón	124
24. Comparativa de los tratamientos en las intenciones de sexo seguro	125
25. Comparativa de los tratamientos en la conducta sexual segura	126

Resumen

José Luis Hernández Torres
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Octubre, 2018

Título del Estudio: RESPETO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES CON RIESGO DE VIH

Número de Páginas: 213

Candidato a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/sida

Propósito y Método del Estudio: Evaluar la adaptación de una intervención basada en la evidencia, cognitivo-conductual que integra el uso de dispositivos móviles, titulada “Respeto M-Salud” para aumentar las intenciones de sexo seguro y la conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH. Se utilizó como base de la intervención el Modelo Conductual Integrado. Se realizaron tres etapas para el proceso: La etapa cualitativa $n = 30$ adolescentes y $n = 5$ proveedores, etapa pre-experimental $n = 24$ jóvenes y la etapa experimental. El diseño de la etapa experimental fue un ensayo controlado aleatorizado en 154 jóvenes de 18 a 25 años con riesgo de VIH. El muestreo fue probabilístico con asignación aleatoria al grupo de intervención $n = 77$ y grupo control $n = 77$, con una potencia de prueba de 90% para un modelo general de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas, con un nivel de significancia estimado en .05, un efecto mediano $d = .50$, y una tasa de no respuesta del 10%. Se utilizó una escala de criterios, una cédula de datos sociodemográficos y 10 instrumentos. Los instrumentos fueron aplicados en lápiz y papel y mostraron confiabilidad aceptable. Los estadísticos utilizados fueron medidas de tendencia central y previo a las pruebas paramétricas se aplicó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, técnica de Bootstrap y Backward en modelos generales de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas, regresión lineal múltiple y Lambda de Wilks.

Contribución y Conclusiones: Se realizó la adaptación de la intervención Respeto M-Salud siguiendo el modelo ADAPT-IT. Los jóvenes que participaron en la intervención tienen mayor susceptibilidad ante el VIH $F(2, 140) = 39.99, p < .001$ y mayor actitud hacia el sexo seguro $F(2, 140) = 18.74, p < .001$ posterior a la intervención y al mes con respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, los jóvenes que participaron en la intervención tienen mayor creencia social para el sexo seguro $F(2, 140) = 22.57, p < .001$ y mayor norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro $F(2, 140) = 16.86, p < .001$ posterior a la intervención y al mes con respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención. Los jóvenes que participaron en la intervención reportaron mayores resultados esperados positivos del sexo seguro $F(2, 140) = 10.17, p < .001$ y una mayor autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro $F(2, 140) = 39.12, p < .001$ posterior a la intervención y al mes con respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención. Los jóvenes que participaron en la intervención reportan mayores conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón $F(2, 140) = 31.48, p < .001$ y reportaron menores barreras percibidas para el uso

del condón $F(2, 140) = 16.57, p < .001$ posterior a la intervención y al mes con respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención. Los jóvenes que participaron en la intervención reportaron mayores intenciones de sexo seguro $F(2, 140) = 2.52, p < .001$ posterior a la intervención y al mes con respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención. Los jóvenes que participaron en la intervención reportaron mayor conducta sexual segura $F(2, 140) = 40.49, p < .001$ posterior a la intervención y al mes con respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención. No se presentó efecto moderador de las variables sexo, edad e inicio de vida sexual sobre la intervención. La intervención Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH fue adaptada adecuadamente y representa una alternativa factible para proporcionar educación innovadora para impactar en los jóvenes con riesgo de VIH para el aumento de las intenciones y la conducta sexual segura. De igual manera la metodología que fue utilizada durante el proceso de intervención demostró su impacto y beneficios, la combinación de las dos sesiones presenciales de tipo individual cara a cara y el apoyo con el uso del prototipo de aplicación móvil influyó de manera positiva para que los jóvenes con riesgo de VIH pudieran poner en práctica la conducta sexual segura. Los hallazgos de este estudio contribuyen a enriquecer la base científica de enfermería al proponer una intervención que podría resolver un problema de la práctica al dar consejería sobre conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH. Se recomienda seguir investigando y aplicando la intervención en otros escenarios para verificar su efectividad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El problema del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las principales causas de muerte a nivel mundial con más de cuatro mil muertes cada día (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2015). Se estima que en el 2015 vivían 36.7 millones de personas infectadas con el virus y a nivel mundial 78 millones de personas han contraído la infección desde el comienzo de la epidemia (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2015). El VIH afecta especialmente a los adolescentes y jóvenes, debido a que el sida es la segunda causa de muerte en adolescentes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En México el VIH se adquiere principalmente en la juventud entre los 15 y 29 años debido a que el porcentaje de VIH/sida en población joven es del 30% del total de los casos registrados (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2016). Las estadísticas nacionales muestran que el principal medio de transmisión del VIH es por la vía sexual en 95.2% de los casos, (CENSIDA, 2014a). Los jóvenes inician las relaciones sexuales a partir de los 17 años, en donde se ha reportado que a mayor edad menor es el uso del condón debido a que el 46% de los hombres mencionó que no les gusta usar ningún método anticonceptivo y el 38% de las mujeres refirieron no estar de acuerdo en usarlos, lo que da lugar a la conducta sexual de riesgo (Folch et al., 2015; Uribe, Aguilar Villalobos, Salinas, Zacarías, & Aguilar Casis, 2015).

En este sentido la conducta sexual de riesgo (CSR), se refiere a la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), o generar una situación de embarazo no deseado (García, Méndez, Fernández, & Cuesta, 2012).

Existen algunas variables demográficas relacionadas a la CSR la primera de ellas es la edad, en la que se ha encontrado que algunos jóvenes piensan que por su edad no tienen posibilidades de contraer el VIH, lo que propicia situaciones de vulnerabilidad ante la baja percepción del riesgo (Benavides, Castillo, López, & Onofre, 2013). Por otro lado la variable sexo indica que los hombres son más predispuestos a utilizar métodos de barrera como el uso del condón que en el caso del sexo femenino lo que debe ser tomado en cuenta a la hora de promover estrategias de prevención principalmente en el grupo femenino (Bernard, Victoria, & Declare, 2013). La variable de inicio de vida sexual activa (IVSA) refiere que los jóvenes debutan sexualmente aproximadamente a los 17 años y la tendencia indica que cada vez el debut sexual es más temprana edad y algunos jóvenes lo hacen sin el uso de algún método anticonceptivo de barrera lo que da lugar a la CSR (Ruiz et al., 2012).

En este sentido una parte del estado del conocimiento científico respecto a la CSR, está relacionada a una etiología de variables como las creencias, determinantes de la intención y factores modificadores. En las creencias se encuentra la susceptibilidad, esta variable puede estar presente en algunos de los jóvenes al momento en que ellos se perciben en riesgo de haber contraído el VIH producto de su CSR, por tal motivo acuden a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) a solicitar servicios de detección del VIH y a la consejería, a medida que el joven se percibe en riesgo puede ser más probable que realice recomendaciones de protección ante el VIH (Benavides, Castillo, López, & Onofre, 2013; Haruna & Ago, 2014).

También existen las creencias sociales, aquí los jóvenes pueden ser influenciados por la percepción de apoyo de personas significativas como los amigos o la familia, esta percepción del joven puede influir su respuesta ante la CSR (Geter & Crosby, 2014). Otra creencia es el resultado esperado de la conducta, en el cual los jóvenes necesitan estar conscientes del beneficio que implica llevar a cabo la prevención de las ITS, por ejemplo, decir que el uso del condón reduce en un 98% la probabilidad de contraer el

VIH por la vía sexual puede hacer que los jóvenes visualicen los beneficios de cambiar la CSR, y de esta manera es probable que lleven a cabo acciones de prevención (Alvarez, Villarruel, Zhou, & Gallegos, 2010).

Por otra parte, en los determinantes de la intención, se encuentra la actitud, esta variable indica que el joven puede tener una respuesta favorable o desfavorable ante situaciones de riesgo sexual, como puede ser el comportamiento de tener varias parejas sexuales sin uso de métodos de protección ante las ITS (Malcolm., 2013). Otro determinante de la intención es la norma, que implica que los jóvenes pueden tener la motivación de complacer las expectativas de la pareja con respecto a la conducta sexual, si el joven percibe que su pareja piensa o espera no utilizar métodos anticonceptivos contra las ITS entonces su decisión tenderá a inclinarse hacia la no protección (Fishbein & Ajzen, 2011; Gebreselassie, Deyessa, & Tesfaye, 2013).

El último determinante de la intención es la autoeficacia, que es una capacidad percibida de controlar dificultades existentes para realizar la conducta, el joven puede percibirse así mismo capaz de utilizar un condón de forma correcta o negociar el uso del condón con la pareja sexual o en su caso enfrentar la presión de los factores que se pudieran presentar para hacerlo, se ha identificado que a medida que los jóvenes logran pequeños éxitos en la conducta deseada, el nivel de percepción de habilidad para realizar la conducta aumenta y por lo tanto son más propensos en realizar dicha conducta (Bandura, 1994).

De esta manera, en los factores modificadores se encuentra el conocimiento, este componente es esencial para las estrategias de prevención del VIH, se ha reportado que un mal uso de la técnica para el uso del condón puede dar lugar a problemas como el deslizamiento o la ruptura del mismo y ocasionar situaciones de riesgo ante el VIH (Coyle, Franks, Glassman, & Stanoff, 2012), aun cuando el conocimiento por sí mismo no modifica la conducta, es un factor que debe estar presente para un abordaje integral en el tema de la prevención del VIH/sida (CENSIDA, 2014a). El otro factor modificador

de la conducta es la intención, esta variable es el detonador de la conducta como tal, es necesario que los jóvenes tengan la disposición de participar en acciones que promuevan la prevención del VIH, si los jóvenes pueden planear su comportamiento serán más susceptibles de cambiar su CSR (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Otro modificador de la conducta son las barreras para el uso del condón en donde algunos jóvenes atribuyen al uso del condón la disminución del placer, modificaciones en el orgasmo y cambios en la libido, por lo tanto estas barreras son un obstáculo a la hora de llevar a cabo conductas de prevención del VIH (Crosby et al., 2014) y finalmente la variable conducta sexual que es básicamente el comportamiento que presentan los jóvenes ante el VIH. Actualmente la CSR es el principal indicador que muestra que los jóvenes son un grupo vulnerable, dado que el VIH principalmente se adquiere en esta etapa de la vida y además las estadísticas reportan que los jóvenes no están utilizando el condón de forma correcta y consistente debido al número de casos reportados por vía sexual (CENSIDA, 2014).

Ante esta panorámica las Naciones Unidas han establecido en su objetivo tres la meta de poner fin a la epidemia del sida para el año 2030. En el cual para hacer frente a la CSR, el uso correcto del condón es un elemento crucial, se entiende por uso consistente al uso del condón en el 100% de las relaciones sexuales y uso correcto es la aplicación mediante ocho pasos para su uso correcto (Gayón, Orozco, Soto, & Aburto, 2008). El desarrollo de nuevas tecnologías de prevención como las vacunas contra el VIH y los microbicidas, continúan avanzando, pero los preservativos o condones siguen siendo el principal medio de prevención (ONUSIDA, 2015).

Ante esta situación la literatura reporta un desarrollo importante de modelos para predecir el uso del condón y el cambio de conducta sexual de riesgo en población joven. Algunos de ellos son la Teoría de la conducta planeada (TCP), la Teoría Social Cognitiva (TSC) y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMC). Estos han sido efectivos para describir, explicar, predecir y prescribir el uso del

condón en población joven (Espada, Morales, Guillén, Ballester, & Orgilés, 2016; Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Por su parte el Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Bryan, Aiken, & West, 1996), el Modelo Transteórico de etapas de comportamiento (MT) y el Modelo de Consejería, también han mostrado efectividad para explicar y predecir el uso del condón en jóvenes (Lauby, Smith, Stark, Person, & Adams 2000).

Así como la literatura muestra evidencia de modelos efectivos para aumentar el uso correcto y consistente del condón, también existen intervenciones basadas en la evidencia (IBE), que han demostrado disminuir la CSR en jóvenes. Dichas IBE mostraron efectividad para la disminución del número de parejas sexuales, aumentar las intenciones para el uso del condón y el uso correcto y consistente (Champion & Collins, 2012; Crosby et al., 2014; Davey-Rothwell, Tobin, Yang, Sun, & Latkin, 2011; Diallo et al., 2010; El-Bassel et al., 2011; Metsch et al., 2013; Morrison-Beedy et al., 2013; Neumann et al., 2011; Prado et al., 2012; Sánchez, De La Rosa, & Serna, 2013; Sieving et al., 2014; Wingood et al., 2011).

Por lo anterior y como respuesta al problema del VIH/sida en los jóvenes, organismos internacionales y nacionales promueven acciones como el Proyecto de Estrategia Mundial del Sector Salud contra el VIH (OMS, 2016), que propone claramente combatir el problema desde la prevención, como marco de referencia para la lucha contra el VIH/sida. Así mismo, para alcanzar esta meta es conveniente promover, utilizar y facilitar el acceso a intervenciones efectivas (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2012).

Debido a la situación del VIH/sida en México, es importante implementar intervenciones basadas en la evidencia. Se entiende por intervenciones a los tratamientos, terapias, procedimientos o acciones implementadas por profesionales de la salud en una situación determinada para mejorar la salud y producir efectos benéficos en la población (Sidani & Braden, 2011). Cabe mencionar que un recurso importante para

apoyar la implementación de intervenciones son los medios tecnológicos dado el potencial de información y comunicación que ofrecen, un componente que actualmente es tendencia para fortalecer la implementación de las IBE en salud, es la mHealth, que es definida como la práctica de salud pública y médica apoyada por dispositivos móviles, como teléfonos inteligentes, dispositivos de monitoreo de pacientes, dispositivos de asistencia personal digital y otros equipos con uso de internet (OMS, 2011).

Las aplicaciones móviles han sido exitosas para brindar información, comunicación y recordatorios para el cambio de conducta, investigaciones recientes comprueban los beneficios a los usuarios de estas tecnologías, mostrando satisfacción y cambios positivos en la adherencia que se traduce en mejores resultados clínicos (Free et al., 2013; Schnall, Bakken, Rojas, Travers, & Carballo, 2015). El uso de estas tecnologías pueden ser efectivas en la prevención y el control de la infección por VIH y otras ITS (Free et al., 2013; Noar & Harrington, 2012). La tecnología móvil es una herramienta potencialmente factible dado que actualmente forma parte de la vida cotidiana de las personas. Los dispositivos móviles van a donde quiera (Free et al., 2013) haciéndolos altamente útiles porque el conocimiento puede llegar a una gran cantidad de personas con un mínimo de esfuerzo. Como antecedente de lo anterior, se ha reportado un impacto significativo en la promoción de comportamientos saludables, como el dejar de fumar, realizar actividad física, control y pérdida de peso, apego a la medicación, entre otros (Head, Noar, Iannarino, & Harrington, 2013).

En este mismo orden de ideas con respecto al uso de tecnología móvil, la mHealth es útil para la entrega de servicios de salud, debido a que es una herramienta tecnológica potente que puede ser usada para evaluar y modificar el comportamiento relacionado con la salud, y para reducir las distancias geográficas y económicas, convirtiéndolo en una estrategia importante para la prevención en salud (Schnall et al., 2015). En el ámbito de las intervenciones con el uso de dispositivos móviles para el cuidado y la prevención del VIH/sida predomina el uso de mensajería y video. Otras

intervenciones brindan educación para reducir la transmisión vía sexual de ITS/VIH, y otras utilizan software para la colocación del condón, información de centros para realizar la prueba de VIH, y aplicaciones que abordan la situación del estigma y derechos humanos en la atención de personas que viven con el VIH (De Tolly, Skinner, Nembaware, & Benjamin, 2012; Gold et al., 2011; Odeny et al., 2012; Lim, Sacks-Davis, Aitken, Hocking, & Hellard, 2010; Suffoletto et al., 2013).

En un estudio realizado por la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) reportó que existen 51 millones de mexicanos usuarios de internet y que cinco de cada diez que se conectan a internet lo hacen desde su dispositivo móvil. Los usuarios presentaron un rango edad de 13 a 24 años. Este estudio también mostró que el 84% de los internautas descargan por lo menos una aplicación móvil (AMIPCI, 2016). Lo anterior representa una oportunidad para intervenir a través de los dispositivos móviles, ya que ofrecen una gama de posibilidades y sobre todo son altamente receptivos por los jóvenes. De acuerdo con lo anterior se puede afirmar que existen factores etiológicos mencionados anteriormente con respecto a las creencias, determinantes de la intención y factores modificadores, que de integrarlos y manejarlos de forma efectiva podrían reducir la CSR en los jóvenes. De la misma manera se mostró que existe evidencia en función de las intervenciones que utilizan modelos que han mostrado ser efectivos para disminuir la CSR (Fishbein, 2000; Glanz et al., 2008; Yzer, 2012).

En síntesis, se puede decir que con un número reducido de variables pueden explicar, predecir y prescribir la CSR en jóvenes y de igual manera se ha reportado intervenciones basadas en la evidencia que disminuyen la CSR en jóvenes. Para hacer la propuesta del presente estudio se ha considerado lo siguiente: las IBE revisadas están diseñadas y realizadas en otro contexto, lo que dificulta el acceso debido a las diferencias culturales ya que fueron creadas para poblaciones multirraciales. Por tal motivo la presente propuesta enfatiza la importancia de aumentar el entendimiento en el proceso complejo de adaptar una intervención, ya que actualmente existen pocos

estudios que abordan la temática de adaptar intervenciones basadas en la evidencia en jóvenes con riesgo de VIH (Fishbein, 2000; Glanz et al., 2008; Yzer, 2012).

El presente estudio resalta la pertinencia en aumentar las intervenciones basadas en la evidencia en idioma español para que en un futuro a mediano plazo se pueda investigar el impacto de estas intervenciones y su contribución en el aumento de la conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH. Existen IBE efectivas para la disminución de la CSR, sin embargo, requieren una actualización sobre todo en el uso de medios tecnológicos y que estén orientadas con las tendencias actuales de uso y difusión de la información. Las intervenciones que carecen del uso de la tecnología están en desventaja por lo que el presente estudio integra el uso de las nuevas tecnologías de la información como las de los dispositivos móviles.

Las IBE existentes no siempre están dirigidas a la población que más las necesita. El presente estudio se enfoca en jóvenes con riesgo de VIH, ya que estos grupos son especialmente vulnerables. Por lo que la presente propuesta propone evaluar la adaptación de una IBE cognitivo-conductual que integra el uso de dispositivos móviles titulada “Respeto M-Salud” para aumentar las intenciones de sexo seguro y la conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH.

Marco Teórico

El presente estudio utiliza como base un Modelo Lógico de intervención fundamentado en el Modelo Conductual Integrado (IBM, por sus siglas en inglés) (Fishbein, 2000). Dicho modelo explica gran parte de las variables que se relacionan con la conducta sexual segura. El IBM integra variables de cuatro tipo de propuestas teóricas como el Modelo de Creencias en Salud (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994; Rosenstock, 1974), la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 2010), la Teoría de la Conducta Planeada (Fishbein & Ajzen, 2010) y la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1994). Para guiar la metodología de la adaptación se utilizó el modelo ADAPT-ITT que es un método para adaptar intervenciones basadas en la evidencia para

VIH (Wingood & Diclemente, 2008). El IBM describe que la intención de realizar un comportamiento sigue una forma racional respecto a las creencias específicas que las personas tienen sobre este. Por lo que si las personas creen que realizar determinado comportamiento es algo bueno, entonces estarán más motivados para llevar a cabo el comportamiento (Fishbein, 2000; Yzer, 2012). Así pues, el IBM supone que cualquier comportamiento independientemente de si se considera racional o irracional puede ser modificado. Entonces el determinante más importante es la intención de realizar el comportamiento en cuestión. Sin embargo, sin la motivación, es poco probable que se lleve a cabo un comportamiento. El IBM está compuesto por las variables demográficas, creencias, factores determinantes de la intención del comportamiento, factores modificadores y como resultado final el comportamiento (ver figura 1).

Figura 1. Modelo Conductual Integrado

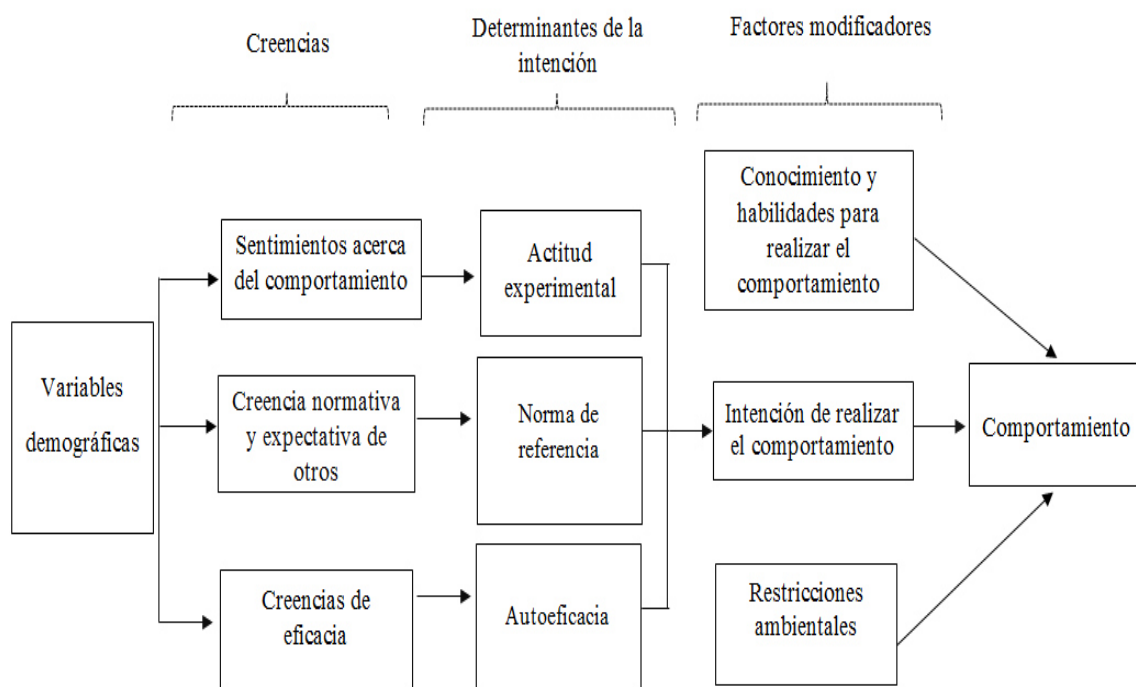


Figura 1. Modelo Conductual Integrado que muestra las variables base o de referencia.

El Modelo lógico de intervención contiene las variables del presente estudio. De igual manera que el IBM, está integrado por las variables demográficas, creencias, determinantes de la intención, factores modificadores, y como resultado final la

conducta sexual segura, además de estar apoyado por el modelo de consejería y el uso del prototipo móvil de intervención (ver figura 2).

Figura 2. Modelo Lógico de Intervención

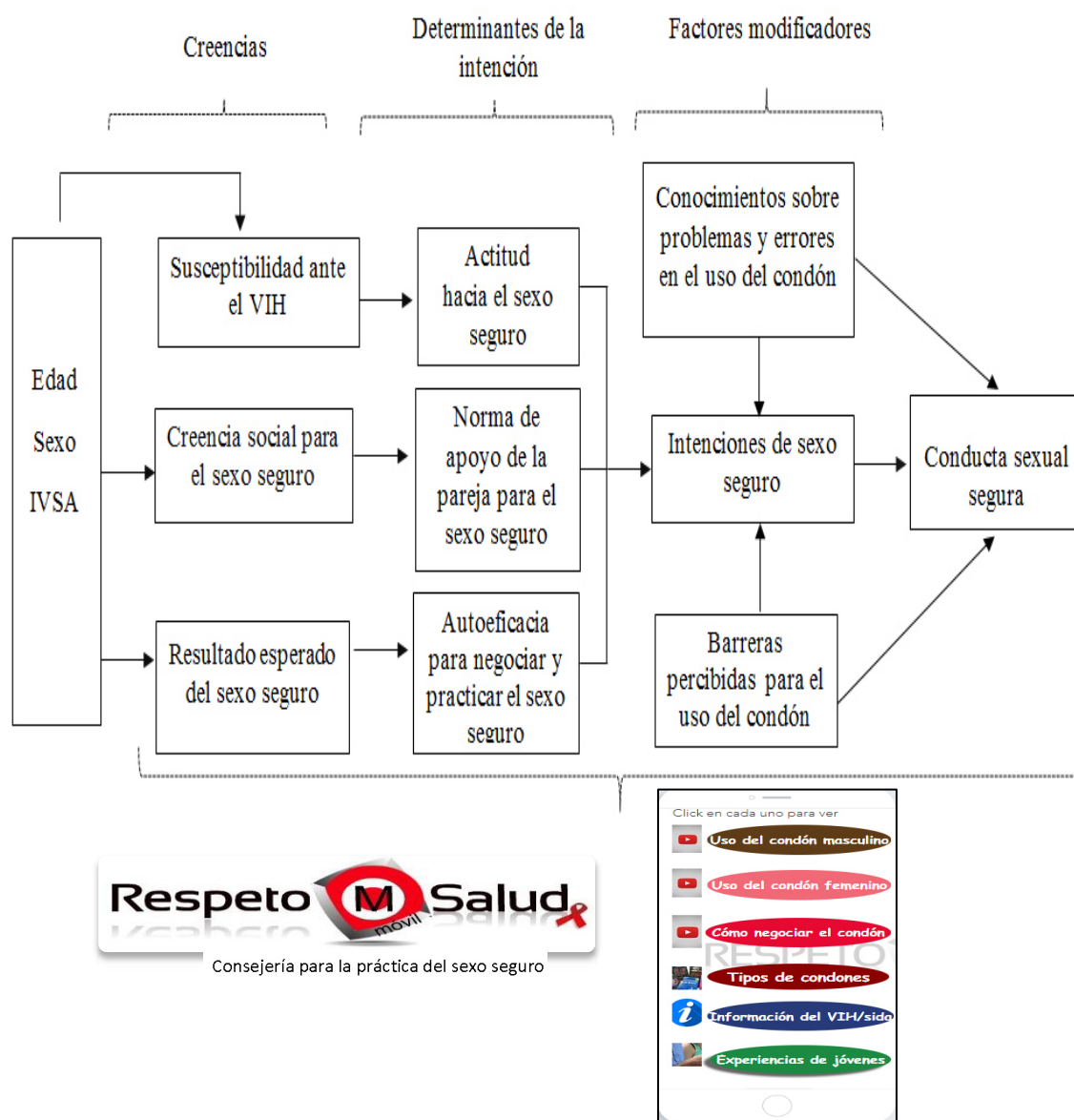


Figura 2. Modelo lógico de Intervención que muestra las variables de interés.

Variables demográficas.

Las variables demográficas se basan en la población e influyen de manera indirecta en el comportamiento determinado (Bleakley, Hennessy, Fishbein, & Jordan, 2011; Fishbein, 2000; Yzer, 2012). Para el presente estudio las variables demográficas que se consideran son: edad, sexo e IVSA. El IBM propone tres tipos de creencias; sentimientos acerca del comportamiento, la creencia normativa y la expectativa de otros y las creencias de eficacia. Tres determinantes de la intención; actitud experimental, norma de referencia y autoeficacia. Tres factores modificadores; conocimiento y habilidades para realizar el comportamiento, intención de realizar el comportamiento y restricciones ambientales y finalmente, la variable resultado que es el comportamiento. Se presentan cada uno de los anteriores constructos en negritas y después en cursivas como fueron utilizados en el presente estudio.

Sentimientos acerca del comportamiento.

Es un factor de motivación vital, que mueve a las personas a tomar medidas preventivas para evitar una enfermedad y a la gravedad de la enfermedad que creen estar en riesgo de contraer (Fishbein & Ajzen, 2010; Rosenstock, 1974). En este estudio se utilizó como *susceptibilidad ante el VIH*, la cual se define como la percepción de riesgo del joven acerca de sus posibilidades de infectarse con el VIH o tener sida.

Actitud experimental.

Es la disposición a responder favorable o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o evento, la actitud experimental hacia una conducta y está determinada por las creencias que la unen con los resultados y la evaluación de dichos resultados, incluye la respuesta emocional del individuo a la idea de llevar a cabo una conducta (Fishbein & Ajzen, 2010). En este estudio se utilizó como *actitud hacia el sexo seguro*, se define como una respuesta favorable ante situaciones de riesgo sexual, incluye la motivación para evadir circunstancias que impliquen un riesgo ante el VIH. (ver figura 3).

Figura 3. Relación de Constructos del IBM y Conceptos del Modelo Lógico de Intervención

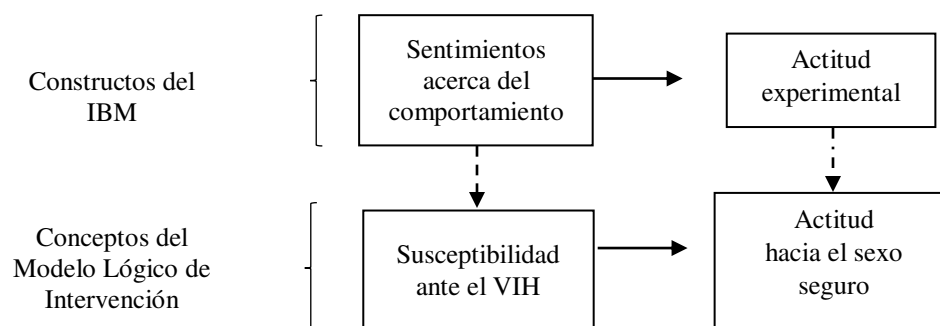


Figura 3. Muestra los constructos del IBM y como se derivan los conceptos del Modelo Lógico de Intervención.

Creencia normativa y expectativa de otros.

Es la percepción de apoyo del vínculo social afectivo, el cual se compone de los amigos y familiares, incluye la creencia de respuesta del vínculo social ante el desempeño de la conducta sexual. Es decir, lo que el joven piensa que debería de ser el comportamiento por seguir en función del apoyo que cree tener del vínculo social (Prochaska et al., 1994). En este estudio se utilizó como *creencia social para el sexo seguro*, que es la percepción que tiene el o la joven del apoyo percibido por el vínculo social (familia y amigos) y la confianza de acción frente a la conducta de sexo seguro y de la postura de prevención ante el VIH.

Norma de referencia.

Es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por el joven que va a realizar la conducta hacia la ejecución o no de dicha conducta; es el resultado de la evaluación que se hace, sobre si las personas significativas para el joven quieren que se realice la conducta y de la motivación para complacerlos. Es decir, la norma de referencia está determinada por la percepción de otras personas importantes para el joven aprueban, piensan, esperan y desean su conducta y la motivación del propio joven para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas. Si el joven

percibe que su pareja sexual espera o piensa que utilice condón en las relaciones sexuales, su decisión tenderá a inclinarse hacia el uso (Fishbein & Ajzen, 2010). En este estudio se utilizó como *norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro*. Es la percepción sobre la aprobación y deseo del uso del condón por parte de la pareja sexual y la motivación del propio joven para acomodarse a las expectativas o deseos de la pareja sexual (ver figura 4).

Figura 4. Relación de Constructos del IBM y Conceptos del Modelo Lógico de Intervención

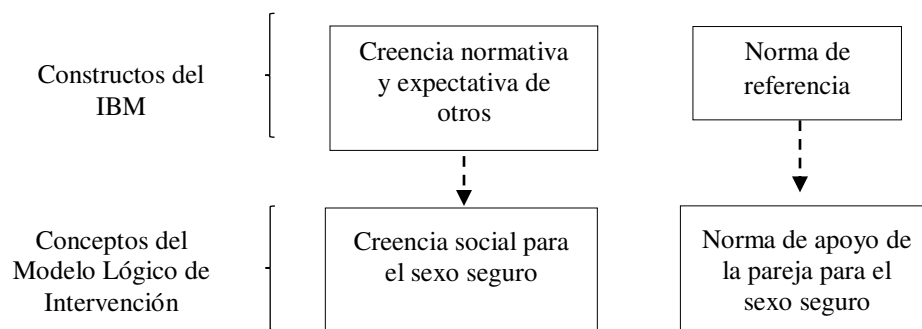


Figura 4. Muestra los constructos del IBM y como se derivan los conceptos del Modelo Lógico de Intervención.

Creencias de eficacia.

Es la confianza en los propios niveles de competencia actual respecto a un dominio específico de la conducta, lo que se traduce en el esfuerzo y la persistencia empleada por las personas para superar los obstáculos y experiencias difíciles (Bandura, 1994). En este estudio se utilizó como *resultado esperado del sexo seguro*, que es la percepción de seguridad y efectividad que se tiene al utilizar condón para prevenir la exposición a un embarazo no planeado o a las ITS incluyendo el VIH, así como también la evaluación que se tiene sobre la conducta sexual y sus repercusiones a nivel social.

Autoeficacia.

Es la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta, incluye habilidades físicas y psicológicas, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros. Es decir, la percepción del joven de sí mismo como capaz o no de utilizar un condón por sí mismo o la negociación de este con la pareja sexual o de enfrentar la presión social para hacerlo. En este estudio se utiliza la *autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro*. Es la capacidad percibida para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón y la capacidad percibida para comprar condones (ver figura 5).

Figura 5. Relación de Constructos del IBM y Conceptos del Modelo Lógico de Intervención

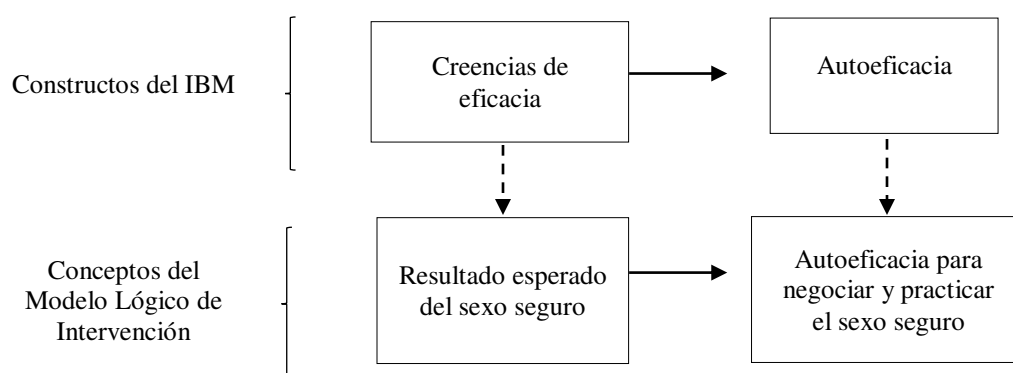


Figura 5. Muestra los constructos del IBM y como se derivan los conceptos del Modelo Lógico de Intervención.

A continuación, se presentan los factores modificadores los cuales se describen según el IBM. Posteriormente en cursiva se presenta como se utilizarán en el estudio según el Modelo Lógico de intervención en donde se observa su relación con otros determinantes y con la conducta sexual segura.

Conocimiento y habilidades para realizar el comportamiento.

Un individuo necesita el conocimiento y las habilidades para llevar a cabo el comportamiento. El nivel de conocimiento se da en la medida en que se averigua por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza de las cualidades y las relaciones sobre un aspecto específico del comportamiento, ya que puede variar de persona a persona (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Si una persona tiene una fuerte intención de comportamiento, esa persona requiere los conocimientos y habilidades para llevarlo a cabo. Para este estudio los *conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón*, es el conjunto de información almacenada por el joven que le permite reconocer los errores al colocar, utilizar y retirar un condón.

Restricciones ambientales.

No debe existir ninguna o en su defecto pocas limitaciones ambientales que hagan que el rendimiento del comportamiento sea difícil o imposible. Este concepto puede definirse como una condición, circunstancia, obstáculos imprevistos o limitaciones ambientales que inciden como barreras para la realización del comportamiento (Bandura, 1994; Glanz et al., 2008). En este estudio las *barreras percibidas para el uso del condón* son la percepción de pérdida, disminución o cambios en el placer, sensaciones u orgasmo cuando se usa condón (ver figura 6).

Intención de realizar el comportamiento.

La intención puede ser conceptualizada como una disposición a participar en un comportamiento particular (Fishbein & Ajzen, 2010). Lo esencial es la estimación de la persona respecto a la posibilidad o probabilidad percibida de la realización de un comportamiento determinado. Se espera que cuanto más alto sea la probabilidad subjetiva, más probable es que se lleva a cabo el comportamiento (Fishbein, 2008). Para este estudio las *intenciones de sexo seguro* son la probabilidad o la disposición de utilizar condón en los próximos tres meses (ver figura 7).

Figura 6. Relación de Constructos del IBM y Conceptos del Modelo Lógico de Intervención

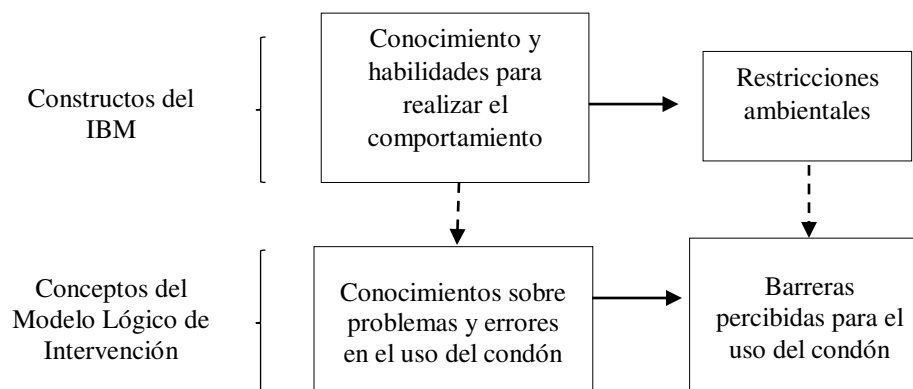


Figura 6. Muestra los constructos del IBM y como se derivan los conceptos del Modelo Lógico de Intervención.

Comportamiento.

El comportamiento puede ser definido como una acción dirigida a un objetivo. Se realiza en un determinado contexto y en un cierto punto en el tiempo. Un principio central del enfoque de la acción razonada es que con un número reducido de variables se puede explicar una sustancial proporción de la varianza en cualquier comportamiento en la población (Yzer, 2012). El comportamiento puede ser influenciado por cambios en las habilidades conductuales, los factores ambientales y la intención de conducta (Ajzen, 2005; Fishbein & Ajzen, 2010).

Es por ello por lo que todos los componentes del IBM y sus interacciones son importantes a la hora de diseñar intervenciones para un cambio de conducta. La *conducta sexual segura*, se define como el comportamiento planeado del uso del condón en cada relación sexual, incluye evitar la exposición de secreciones, fluidos corporales, consumo de drogas durante las relaciones sexuales y evitar practicar el sexo anal, oral y vaginal sin el uso del preservativo (ver figura 7).

Figura 7. Relación de Constructos del IBM y Conceptos del Modelo Lógico de Intervención

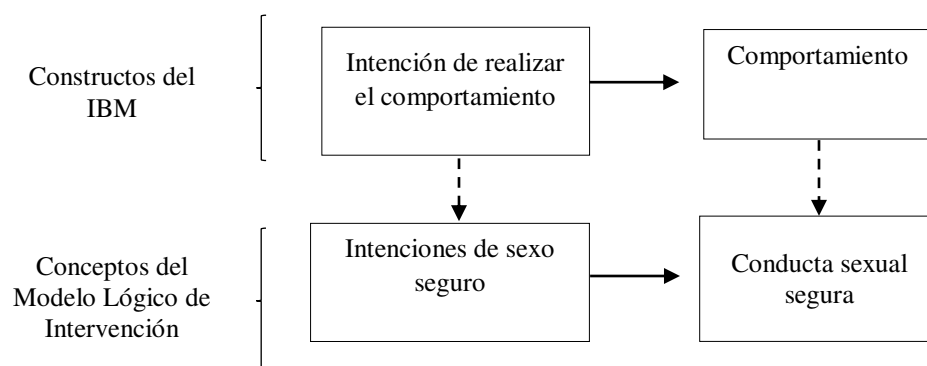


Figura 7. Muestra los constructos del IBM y como se derivan los conceptos del Modelo Lógico de Intervención.

Figura 8. Constructos del IBM y relación de conceptos del Modelo Lógico de Intervención

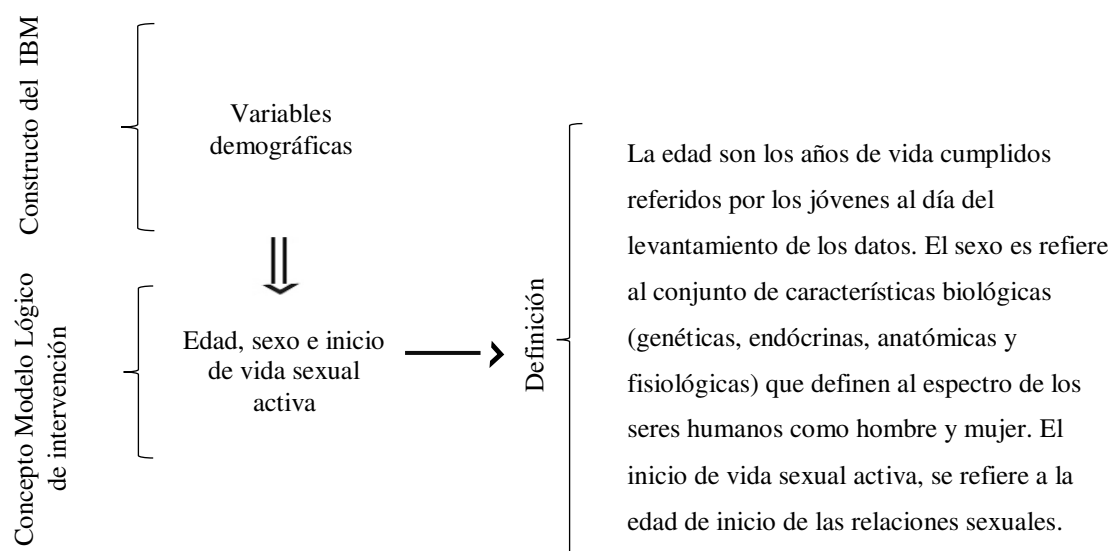
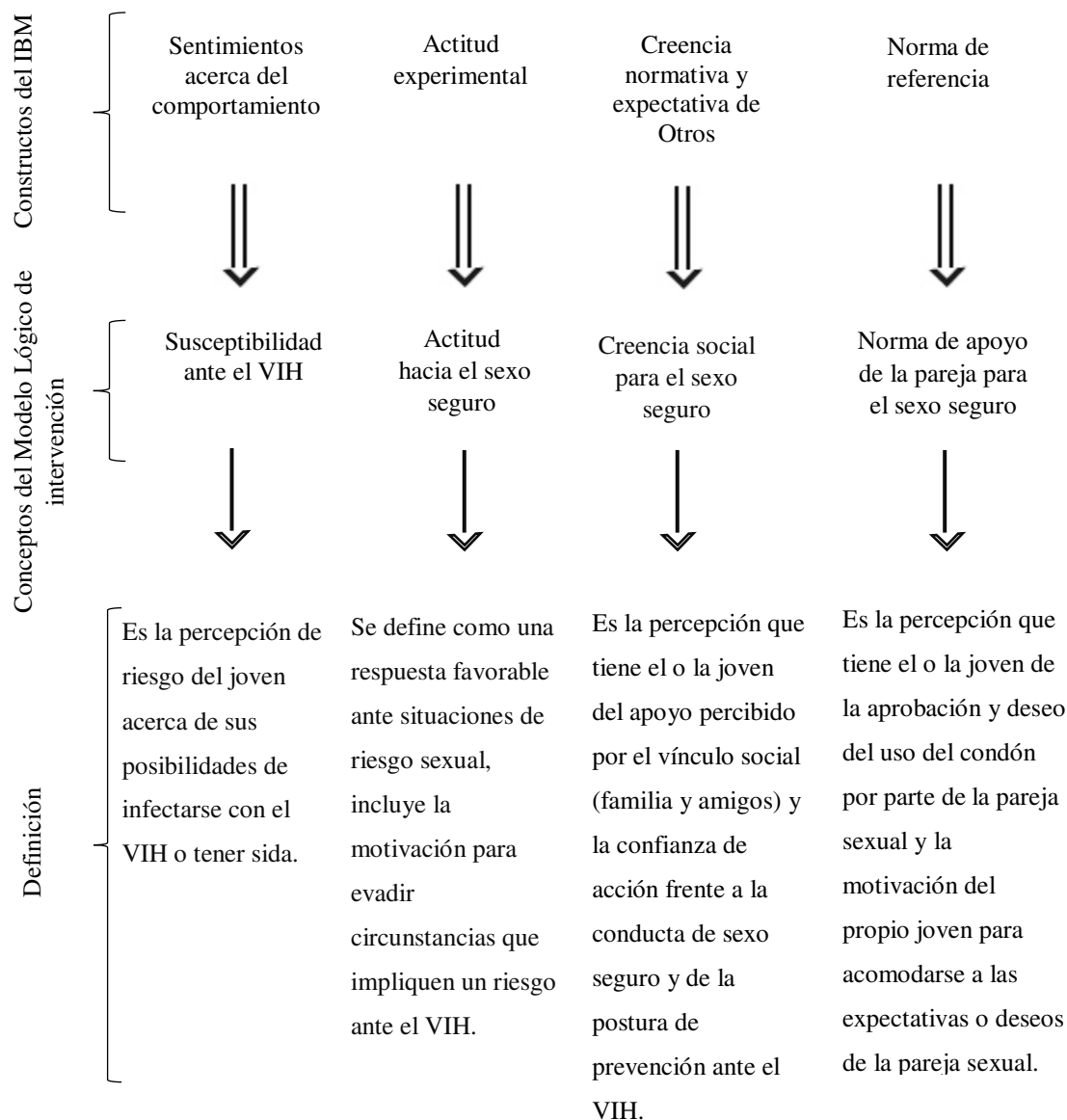


Figura 8. Muestra el constructo del IBM, la derivación del concepto en el Modelo Lógico y su definición.

continúa

Figura 8. Constructos del IBM y relación de conceptos del Modelo Lógico de Intervención (continuación)



8. Muestra el constructo del IBM, la derivación del concepto en el Modelo Lógico y su definición.

continúa

Figura 8. Constructos del IBM y relación de conceptos del Modelo Lógico de Intervención (continuación)

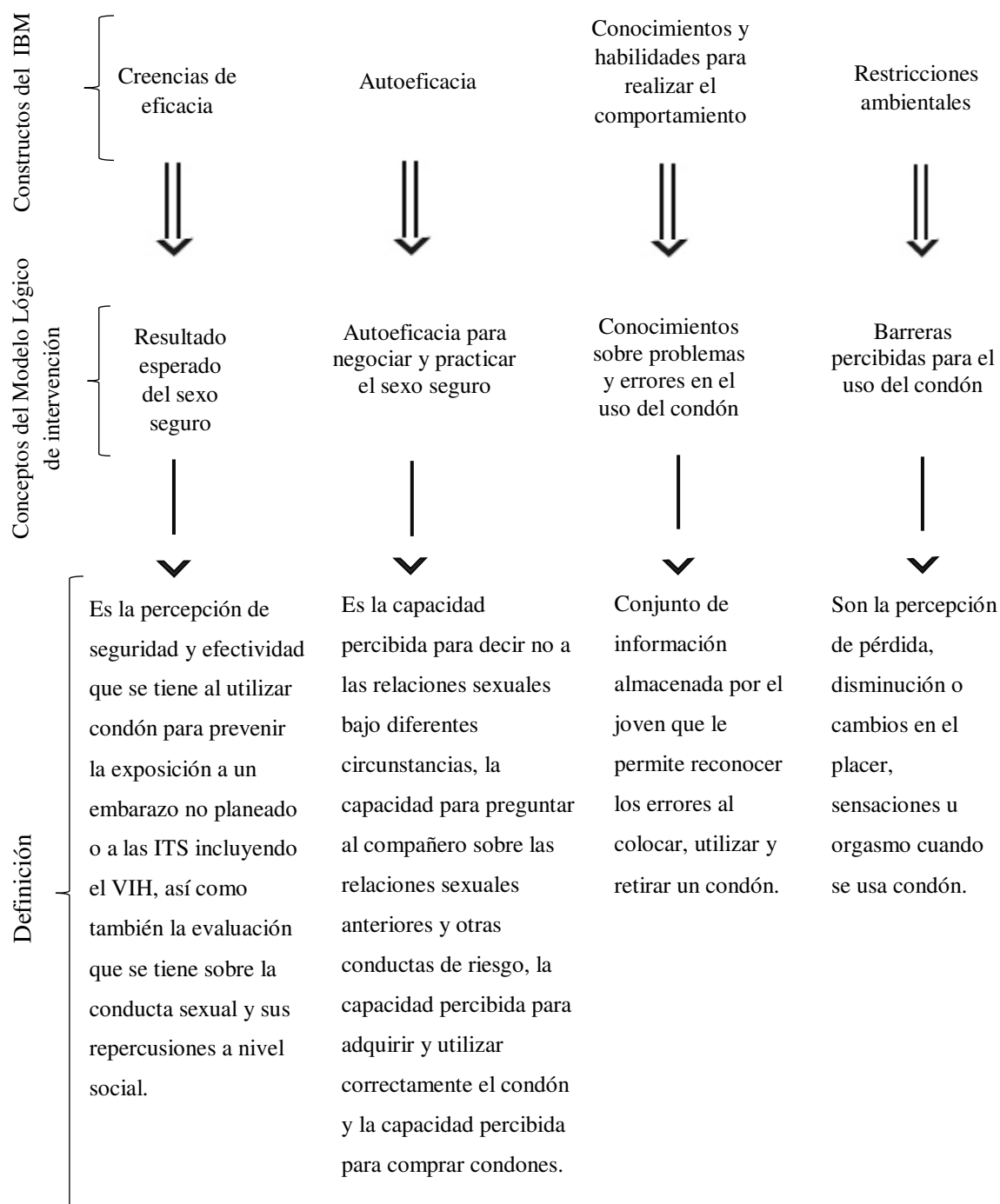


Figura 8. Muestra el constructo del IBM, la derivación del concepto en el Modelo Lógico y su definición.

continúa

Figura 8. Constructos del IBM y relación de conceptos del Modelo Lógico de Intervención (continuación)

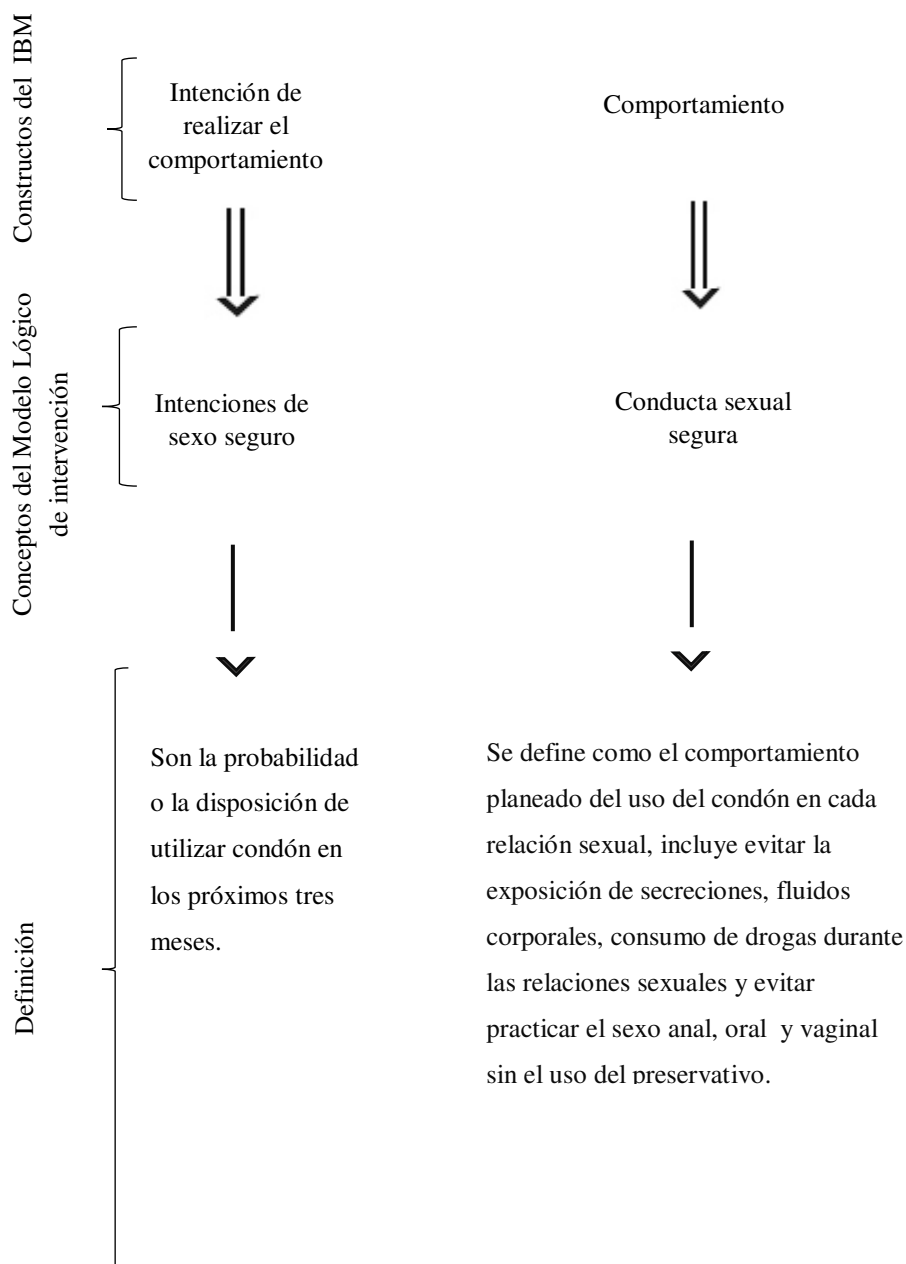


Figura 8. Muestra el constructo del IBM, la derivación del concepto en el Modelo Lógico y su definición.

Modelo ADAPT-ITT para la adaptación de la intervención Respeto M-Salud.

El modelo ADAPT-ITT contiene nueve fases secuenciales que proporciona a los proveedores de salud e investigadores un método prescriptivo para adaptar una IBE en VIH. Las fases del presente modelo se dividen en tres etapas. La etapa cualitativa conformada por las primeras siete fases. La etapa pre-experimental compuesta por la fase prueba piloto en donde se realiza un pilotaje de la intervención adaptada. Finalmente, la etapa experimental compuesta por la fase ensayo controlado aleatorizado que se realiza para medir el impacto de la intervención adaptada. Para el presente estudio se utilizaron las nueve fases que contiene el Modelo ADAPT-ITT, las cuales se describen a continuación (Wingood & Diclemente, 2008).

Fase valoración: Consiste en realizar entrevistas semi-estructuradas para evaluar las necesidades con la población objetivo. Esta fase es necesaria para conocer los riesgos cognitivos-conductuales ante el VIH de la población objetivo, sus preferencias de intervención, contenido, forma de entrega y su necesidad percibida para la prevención del VIH, además, identificar los riesgos asociados ante el VIH de la población objetivo. Es esencial identificar las necesidades para lograr una adaptación efectiva, las entrevistas semi-estructuradas también incluyen el nuevo entorno donde se realiza la adaptación con respecto a la capacidad de adaptar e implementar una IBE y de evaluar la factibilidad y el potencial de recursos físicos, de espacio y de personal. Al final de esta fase los resultados se analizan para dar paso a la siguiente fase del Modelo ADAPT-ITT hacia la decisión.

Fase decisión: Implica conducir lo siguiente, 1) revisar las intervenciones definidas como IBE en el compendium del Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2015), 2) seleccionar la IBE para la población objetivo y 3) decidir si la IBE debe ser adaptada. Restringir la selección de las intervenciones definidas como

IBE es consistente con el énfasis en el uso de la toma de decisiones basada en la evidencia adoptada por el CDC.

Decidir la selección de la IBE requiere examinar el buen ajuste entre la IBE original y la propuesta de adaptación, con respecto al resultado primario de la IBE, como puede ser el aumento del uso del condón y a las características demográficas de la población objetivo; por ejemplo, el sexo y la edad. La decisión de adoptar o adaptar se hace en función de las necesidades identificadas en la fase de valoración y en la creencia de que las modificaciones optimizaran la eficacia de la intervención mejorando de esta manera la relevancia para la población objetivo y facilitando el proceso para la siguiente etapa.

Fase adaptación: Consiste en utilizar una metodología de pre-evaluación para que personas con características semejantes a los de la población objetivo sean invitados a responder a una presentación de la intervención adaptada. Al final de la presentación, los participantes reciben una encuesta destinada a captar su reacción a los componentes y elementos de la intervención. Una fortaleza importante de esta metodología es obtener reacciones a mensajes, conceptos y materiales visuales en un periodo relativamente corto, además, esta metodología se asemeja mucho a lo experimentado por la población objetivo, por lo tanto, se puede obtener una evaluación precisa de sus reacciones.

La selección de los participantes puede ser a conveniencia en acorde al paradigma cualitativo en donde los potenciales candidatos son invitados a participar en la prueba, durante la misma los facilitadores implementan los módulos de la IBE original y los componentes que se anexan como innovación para capturar los elementos centrales de la intervención. Los participantes al final de la presentación completarán encuestas breves que contienen preguntas abiertas, para capturar las reacciones a la pertinencia de los materiales empleados, las instrucciones didácticas y otros contenidos. El objetivo de esta prueba es recolectar las críticas de los materiales, el contenido y la forma de entrega para identificar materiales adicionales o actividades que puedan ser

necesarios agregar en la IBE adaptada y que deberían incluirse para mejorar la relevancia y la efectividad de la intervención.

Fase producción: Implica producir la primera versión de la IBE adaptada, manteniendo un balance entre las necesidades observadas de la población objetivo y los elementos centrales de la IBE original. Los elementos centrales son definidos como las características críticas del diseño de una intervención y son responsables de su eficacia. Además de la metodología para crear innovación a la adaptación que apoye en las soluciones identificadas en la nueva población objetivo y la lógica interna con respecto a la capacidad del nuevo entorno donde será adaptada (Sidani & Braden, 2011).

Fase expertos revisores: Esta fase involucra identificar a expertos con conocimiento en el tema de adaptación de intervenciones que contribuyan al proceso de recomendaciones en base a la integración de su experiencia a la IBE adaptada mediante una encuesta. Para esta etapa es necesario contar con los manuales de la intervención final.

Fase integración: Consiste en agregar la información obtenida de la fase adaptación y las recomendaciones obtenidas de la fase expertos revisores. La fase integración se realiza mediante sesiones de trabajo calendarizadas a priori en donde se discute y se analiza la pertinencia de la información y las recomendaciones en base al ajuste en la población objetivo. Cuando todo el proceso está integrado en uno solo se tendría la segunda versión de la IBE adaptada. La prioridad en esta fase es mantener la fidelidad de los elementos centrales y los fundamentos teóricos de la IBE original.

Fase entrenamiento de facilitadores: Aquí se realiza el entrenamiento de los facilitadores de la intervención. Esta fase contiene los siguientes puntos
1) entrenamiento de los facilitadores, 2) sesiones de retroalimentación, 3) evaluaciones de los facilitadores y 4) manejo de la información por los facilitadores.

Fase prueba piloto: Consiste en realizar un pilotaje de la intervención adaptada en donde se prueban los materiales completos de la intervención adaptada y se verifica

el ajuste en la población objetivo, además de considerar la pertinencia de alguna modificación necesaria que pueda contribuir en la disminución del riesgo por VIH en la población objetivo.

Fase ensayo controlado aleatorizado: Se trata de realizar un ensayo con dos grupos, uno de intervención y un grupo control a los que se les brinda dos tipos de tratamientos para evaluar el impacto final de la adaptación (Wingood & Diclemente, 2008).

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios de investigación empezando por las variables demográficas, las creencias, determinantes de la intención, factores modificadores, estudios con intervenciones basadas en la evidencia y finalmente estudios con intervenciones con el uso de tecnología. Al final se presenta la síntesis de los estudios correspondiente de cada variable.

Sexo.

En un estudio de Valencia y Canaval (2012) se propuso identificar la frecuencia del uso habitual del condón y los factores que predicen, facilitan y refuerzan su uso en 397 jóvenes universitarios, el 51% eran mujeres, con un promedio de 21 años de edad, en sus resultados encontró que el ser hombre fue un factor que aumenta la probabilidad de usar condón, $OR = 2.59$, IC 95% [0.92, 7.26], $p < .001$. El uso del condón en encuentros sexuales ocasionales fue del 33% para los hombres y 10% para las mujeres, en los encuentros sexuales con la pareja formal fue del 38% para los hombres y 24% para las mujeres.

Por otra parte Uribe, Bahamón, Ruíz, Trejos y Alarcón (2017) se plantearon determinar en qué medida la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual predicen el uso del condón en las relaciones sexuales en 631 jóvenes universitarios de 19 a 26 años de edad con un promedio de 20 años, el 59% fueron mujeres, del total de los hombres el 76.4% utilizaron condón previo a la relación sexual, el 7.2% declaró solo

usarlo previo a la eyaculación y el 16.5% reportó no usarlo. Por su parte el 59.7% de las mujeres indicaron utilizar el condón previo a la relación sexual, el 13.1% refirió utilizarlo previo a la eyaculación de la pareja sexual y el 26.6% no lo utilizó.

En este sentido Uribe, Palos, Salinas y Ocampo (2013) se propusieron determinar en qué medida la asertividad sexual, la aceptación del uso del condón y el enamoramiento predicen el uso del condón en la actividad sexual en 539 jóvenes, el 49.8% fueron hombres y el 50.2% mujeres. Los resultados mostraron que los hombres presentaron un mayor uso del condón en las relaciones sexuales ocasionales con $M = 3.56$ ($DE = 1.56$) y mujeres con $M = 2.80$ ($DE = 1.70$) asimismo el sexo femenino resultó ser un predictor estadísticamente significativo para el uso del condón con la pareja formal, $R^2 = 30.10$, $F(1, 143) = 27.33$, $p < .001$ y en el caso del sexo masculino también fue significativo, $R^2 = 24.01$, $F(1, 143) = 16.75$, $p < .001$.

De modo similar Robles et al. (2006) realizaron un estudio para explorar las posibles diferencias y conductas relacionadas con el uso inconsistente del condón en función del sexo en 691 estudiantes de 17 a 45 años, con un promedio de 20 años de edad, el 62.7% fueron mujeres. Los resultados mostraron que los hombres prefieren asumir el riesgo de contraer el VIH al no utilizar condón en cualquier tipo de relación sexual con $M = 1.59$ ($DE = 1.00$) y mujeres con $M = 1.41$ ($DE = 0.86$), también los hombres reportaron mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida con $M = 4.34$ ($DE = 4.61$) y las mujeres con $M = 2.10$ ($DE = 2.48$).

De forma semejante Uribe et al. (2015) se plantearon investigar sistemáticamente los factores actitudinales e interpersonales que inciden en el uso del condón en las relaciones sexuales coitales en 527 jóvenes de 16 a 19 años, con un promedio de 17 años. Los resultados sugirieron que los hombres presentan una mayor cantidad de parejas sexuales $M = 2.8$ ($DE = 2.24$) a diferencia de las mujeres $M = 1.5$ ($DE = 1.13$) esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < .001$). El uso del condón en las

relaciones sexuales de los hombres en promedio fue de $M = 3.98$ ($DE = 1.14$) y para el grupo de las mujeres fue de $M = 3.88$ ($DE = 1.33$).

Edad.

Folch et al. (2015) realizaron un estudio con el propósito de describir y comparar según el sexo la conducta sexual en 800 jóvenes de 16 a 24 años con un promedio de 20 años. Los resultados mostraron que un factor asociado a no haber utilizado condón en la última relación sexual para hombres y mujeres fue tener más de 20 años, $OR = 2.29$, IC 95% [1.05, 5.00], $p < .001$ y $OR = 1.94$, IC 95% [1.10, 3.40], $p < .001$ respectivamente. En cuanto al debut sexual no presentaron diferencias significativas, en los hombres se reportó una $M = 16.7$ ($DE = 1.9$) y las mujeres con $M = 16.5$ ($DE = 1.9$). Finalmente, el 24% de los hombres y el 30.7% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

Por su parte en el estudio de Uribe, Amador, Zacarias y Villareal (2012) se propusieron determinar la relación entre las percepciones sobre el uso del condón y la actividad sexual de riesgo en 273 jóvenes universitarios de 19 a 25 años con un promedio de 21 años, el 74.7% fueron mujeres. Los resultados indicaron diferencias significativas con respecto a la edad de los participantes, el debut sexual en hombres fue de 16.8% y en mujeres de 18.1%, la edad de la primera pareja sexual fue de 17.9% para los hombres y 20.8% para las mujeres. Respecto al debut sexual el 32% de los hombres y el 30% de las mujeres reportaron no haber usado condón.

En este sentido Robles et al. (2006) llevaron a cabo un estudio para explorar las posibles diferencias y conductas relacionadas con el uso inconsistente del condón en función del sexo en 691 estudiantes de 17 a 45 años, con un promedio de 20 años, el 62.7% fueron mujeres. Los resultados indicaron que los hombres son quienes las comienzan a edades más tempranas las relaciones sexuales, en comparación con las mujeres con $M = 16.87$ ($DE = 1.82$) y $M = 17.75$ ($DE = 1.77$) respectivamente. La edad

del inicio de las relaciones fue un predictor para el uso inconsistente del condón el cual fue estadísticamente significativo ($\beta = -.21, p < .005$).

Por otra parte, Rojas, Pastor y Hernández (2015) realizaron un estudio cuyo propósito fue describir los hábitos sexuales, estereotipos y la percepción del control ante el VIH/sida y su relación con la ilusión de invulnerabilidad en 269 jóvenes universitarios de 18 a 25 años, con un promedio de 19 años. Los resultados reportaron que existen diferencias en cuanto al uso del condón, el 78.5% de los hombres y el 64.6% de las mujeres reportaron usar siempre condón en las relaciones sexuales, solo el 1.5% de los hombres y 11.6% de las mujeres mencionaron nunca usar condón en las relaciones sexuales.

En este orden de ideas Njau, Mwakalo, y Mushi (2013) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los factores que determinan el uso del condón en 324 jóvenes de 14 a 18 años de edad, el 55% fueron mujeres. Los resultados indicaron que los jóvenes de 16 a 18 años estuvieron más predispuestos a usar condón, $OR = 9.73$, IC 95% [3.12, 28.54], $p < .001$. Las mujeres del grupo de 16 a 18 años tuvieron cuatro veces mayor probabilidad de usar condón comparado con el grupo de mujeres más jóvenes, $OR = 3.82$, IC 95% [1.64, 8.91], $p < .005$.

Inicio de vida sexual activa.

Teva, Bermúdez, y Ramiro (2014) realizaron un estudio con el propósito de evaluar y analizar la relación entre la satisfacción sexual y las actitudes positivas hacia el uso del condón que favorecen el uso del mismo en 1504 jóvenes de 14 a 19 años con un promedio de 16 años, el 51.6% fueron mujeres. Los resultados mostraron que respecto al uso del condón en el inicio de vida sexual activa fue estadísticamente significativa en los hombres, $X^2(4) = 17.45, p < .005$. En el grupo de mujeres también se encontró significativo, $X^2(4) = 13.70, p = .008$. Sin embargo, se obtuvo una proporción muy baja de la varianza explicada de .07% para el uso del condón en el inicio de vida sexual activa.

En el estudio de Uribe et al. (2015) se plantearon investigar sistemáticamente los factores actitudinales e interpersonales que inciden en el uso del condón en las relaciones sexuales coitales en 527 jóvenes de 16 a 19 años, con un promedio de 17 años. Los resultados indicaron que inicio de la vida sexual activa de los hombres fue de $M = 15.4$ ($DE = 1.22$) y para las mujeres de $M = 16.01$ ($DE = 1.01$), con diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$). En relación con el uso consistente del condón en la primera relación sexual el 68% de los hombres y el 73.7% de las mujeres lo usaron.

En otro estudio de Uribe et al. (2017) se propusieron determinar en qué medida la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual predicen el uso del condón en las relaciones sexuales en 631 jóvenes universitarios de 19 a 26 años de edad, con un promedio de 20 años. Los resultados con respecto al inicio de vida sexual activa, los hombres reportaron una $M = 15.7$ ($DE = 1.69$), mientras que las mujeres con $M = 17.02$ ($DE = 1.74$), los hombres tuvieron su primera relación sexual a más temprana edad que las mujeres, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < .001$). En relación con el uso del condón en la primera relación sexual, los hombres lo hicieron en un 55.5% y las mujeres en un 46.8%.

De igual manera Rivera, Escárcega y Pérez (2013) realizaron un estudio para analizar la relación entre los conocimientos, comportamiento y creencias sobre la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual en 300 estudiantes universitarios de 17 a 24 años, con un promedio de 20 años. Los resultados mostraron que el 70.7% presentaron vida sexual activa con un promedio de inicio de 18.01 años, el 84% de los estudiantes con vida sexual activa manifestaron haberse protegido ante un embarazo, el 44.4% de los participantes consideró que la edad adecuada para el inicio de vida sexual activa es de los 20 años en adelante, mientras que el 41.1% considera que desde los 16 años es adecuado.

Por otra parte, Ruiz et al. (2012) llevaron a cabo un estudio para comprobar cómo influyen en el inicio de vida sexual activa de jóvenes, los mensajes que reciben sobre cuestiones de sexualidad, afectividad y ocio a través de la familia, amigos y los medios de comunicación en 638 jóvenes de 13 a 19 años, con un promedio de 15 años. Los resultados indicaron que el 24.4% de los participantes indicaron haber iniciado vida sexual activa. La principal fuente de información utilizada por los estudiantes para tratar de forma frecuente (siempre o casi siempre) aspectos relacionados con el amor y la sexualidad fueron los padres con 37%, los hermanos con 17%, los libros con 14%, las revistas o el internet con 13%, el profesor con 14% y el sacerdote con 6%.

Síntesis.

De los estudios analizados respecto a las variables demográficas se puede concluir que la variable sexo presentó diferencias estadísticamente significativas en la práctica de la conducta sexual segura, en donde el ser hombre fue un factor que aumenta la probabilidad de usar condón. En la variable edad se encontraron estudios con resultados inconsistentes debido a que en algunos de ellos se reportó que, a mayor edad del joven, menor es el uso del condón, pero por otro lado los estudios apoyaron la idea que a mayor edad era un factor que favorecía el uso del condón. Finalmente, en la variable IVSA los estudios mostraron que los hombres presentaron un inicio de vida sexual activa a más temprana edad con respecto a las mujeres y que los jóvenes en su mayoría usan el condón como método de protección ante el VIH en la primera relación sexual.

Susceptibilidad ante el VIH.

Palma y Nantua (2012) se propusieron analizar la percepción de riesgo de la infección por el VIH en adolescentes embarazadas de 13 a 19 años reclutadas en el Distrito Federal y en Brasil. Las participantes tuvieron un promedio de 17 años. Los resultados sugirieron que al momento del embarazo el 33.3% de las gestantes se dio cuenta del riesgo de adquirir la infección por el VIH. Las razones para considerarse en

situación de riesgo fueron la no utilización del condón con 39.3%, seguida por la facilidad de contraer la enfermedad con un 23.1%, la desconfianza y desconocimiento del perfil viral del compañero con un 10% y 6.2% respectivamente. Otros motivos fueron la ruptura del condón con 2.7%, la no realización de la prueba de VIH por parte de la pareja con 1.8% y el 15.1% no reportó motivos.

Al respecto Buzi, Smith, Weinman y Novello (2013) realizaron una investigación para evaluar el impacto de los factores individuales, interpersonales y contextuales en la percepción del riesgo de VIH en 426 jóvenes de 14 a 24 años, con un promedio de 18 años. Los resultados indicaron diferencias en cuanto a la percepción de susceptibilidad ante el VIH con respecto al número de parejas sexuales en la vida, los que no percibieron ningún riesgo obtuvieron una $M = 4.18$ ($DE = 6.21$), los que percibieron bajo riesgo con $M = 5.28$ ($DE = 4.39$) y los que percibieron mediano y alto riesgo fue de $M = 6.30$ ($DE = 4.39$). Los jóvenes sin riesgo percibido tenían menos probabilidades de tener una pareja que se molestara si querían usar un condón en comparación con aquellos de bajo riesgo, dicha diferencia fue estadísticamente significativa, $X^2(4) = 11.59, p < .005$.

Rodríguez, Vélez, y Barona (2009) condujeron un estudio con el objetivo de identificar la percepción de susceptibilidad ante el VIH/sida y la autoeficacia en el uso del preservativo en 217 adolescentes de 12 a 18 años, con promedio de 15 años, el 66.2% fueron hombres. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas en función del género para la susceptibilidad ante el VIH la cual fue estadísticamente significativa, $F(1, 213) = 7.63, p < .005$. Lo que muestra una diferencia en la percepción de susceptibilidad entre hombres y mujeres con $M = 8.64$ ($DE = 1.55$) y $M = 9.27$ ($DE = 1.66$) respectivamente.

Por otra parte, Pavía, Góngora, Vera, Moguel y González (2012) realizaron un estudio para determinar los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo del VIH/sida en 552 adultos de comunidades rurales de Yucatán, México. Con un promedio

de 35 años, el 55% de participantes fueron mujeres. Los resultados sugirieron que el 69.3% de los hombres y el 75.7% de las mujeres no se percibieron susceptibles ante el VIH, las razones fueron que el 25.2% de los hombres y el 51% de las mujeres mencionaron no tener relaciones sexuales con desconocidos, el 43.1% de los hombres y el 44% de las mujeres reportaron no tener múltiples parejas sexuales. Finalmente, el 15% de los hombres y el 2.2% de las mujeres refirieron no tener relaciones sexuales con trabajadores del sexo comercial.

En este sentido Gebreselassie, Deyessa y Tesfaye (2013) en un estudio que tuvo como propósito evaluar la intención del uso del condón en 450 estudiantes de preparatoria de 15 a 25 años, con un promedio de 16 años, el 61.8% fueron hombres. Los resultados mostraron que los jóvenes que presentaron una alta percepción de susceptibilidad ante el VIH tuvieron mayor probabilidad de intenciones de uso del condón, en comparación con los que tuvieron una baja percepción de susceptibilidad, $OR = 1.94$, IC 95% [1.16, 3.20], $p < .005$. La percepción del total de los participantes ante la severidad del VIH fue reportada como alta en un 40.7% y baja en un 59.3%.

Síntesis.

De los estudios analizados se concluye que los jóvenes que no presentan una susceptibilidad ante el VIH asumen con mayor frecuencia el riesgo de contraer el VIH, esta variable se asoció significativamente como un factor etiológico para llevar a cabo la conducta sexual segura, debido a que algunos jóvenes se perciben con poco o casi nulo riesgo lo que se puede traducir en consecuencias negativas para su salud.

Creencia social para el sexo seguro.

Rengifo, Córdova y Serrano (2012) se propusieron identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en 406 adolescentes, con un promedio de 14 años, provenientes del municipio de Miranda, Cauca en Colombia, el 53% fueron mujeres. Los resultados mostraron que con respecto a la educación sobre temas de sexualidad la han recibido por los padres en un 67.5%, seguido de los profesores con

13.5%, amigos 5.7% y el porcentaje restante se distribuye entre hermanos, tíos y el personal de salud en un 3.5%. Dentro de las personas que influyeron en su creencia social para el sexo seguro fue en un 67.9% sus padres o hermanos, el 11.9% los amigos, 5.9 por abuelos, tíos y primos, 2.3% el personal de salud y el 11.9% refieren no tener ningún tipo de influencia.

Chávez y Álvarez (2012) se plantearon detectar las opiniones de jóvenes sobre aspectos del contexto que influyen en su comportamiento sexual en 104 jóvenes de 17 a 24 años, con un promedio de 20 años, el 59.9% fueron mujeres. Los resultados reportados denotan que el 80% de los jóvenes consideran la información que brindan los padres influye sobre su creencia social para el sexo seguro, además consideraron que dicha información es valiosa en un 63.6%, retrógrada en un 23.6% e insuficiente en un 12.7%. En lo que respecta al apoyo de los amigos el 55.2% manifestó que los pares influyen en sus conductas sexuales en un 55.2%, por pertenencia al grupo en un 38.8% y por superioridad en un 6%.

En una investigación de Trejo et al. (2011) llevaron a cabo un estudio con el propósito de identificar el conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes de nuevo ingreso al área de ciencias de la salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas, en 965 adolescentes, con un promedio de 18 años, el 65.5% fueron mujeres. Los resultados sugirieron que el apoyo percibido para la creencia social para el sexo seguro la obtienen de los padres en un 77.7%, situación más común en las mujeres con 84% y en los hombres con 65.7% con diferencias significativas ($p < .005$). Así mismo los adolescentes reportaron que los amigos son otra fuente de apoyo para la creencia social para el sexo seguro en un 53.6%.

Holguín et al. (2013) condujeron un estudio para determinar la prevalencia de la actividad sexual y factores asociados del debut sexual en adolescentes escolarizados de una ciudad colombiana en 919 adolescentes de 14 a 19 años, con un promedio de 16 años, el 58.9% fueron mujeres. Los resultados con respecto a la creencia social para el

sexo seguro fueron relacionada con el hecho de no vivir con los padres la cual fue estadísticamente significativa, $OR = 2.01$, IC 95% [1.20, 3.40], $p < .005$, con el hecho de no compartir tiempo con la madre, $OR = 2.01$, IC 95% [1.50, 2.70], $p < .005$, no recibir educación sexual por parte de la madre, $OR = 1.50$, IC 95% [1.12, 1.01], $p < .005$ y por compartir poco tiempo con el padre, $OR = 1.50$, IC 95% [1.21, 2.01], $p < .005$.

De esta forma Grangeiro et al. (2012) realizaron un estudio identificar las actitudes cognitivas-afectivas y factores psicosociales que predisponen a los adolescentes a realizar prácticas sexuales bajo los efectos de las sustancias psicoactivas, en 955 estudiantes de 14 a 17 años con un promedio de 15 años, el 54.8% fueron hombres. Los resultados reportaron que con respecto a la creencia social para el sexo seguro los adolescentes con un tipo de familia monoparental tienen 2.08 veces más probabilidades de tener prácticas sexuales de riesgo, comparados con los de familias nucleares, $OR = 8.90$, IC 95% [1.28, 3.36], $p < .001$. En cuanto la creencia social para el sexo seguro, la presión de los amigos para tener prácticas sexuales resultó estadísticamente significativa, $OR = 9.60$, IC 95% [1.38, 4.21], $p < .001$.

Síntesis.

Con los estudios analizados en la variable creencia social para el sexo seguro se puede concluir que a medida que la familia y los amigos sean una presión o un apoyo para el modelaje de las decisiones del joven, mayor es el efecto sobre la creencia social para el sexo seguro, la cual fue estadísticamente significativa como un factor etiológico de la conducta sexual segura.

Resultado esperado del sexo seguro.

Urquidí y Piña (2005) condujeron un estudio para identificar los conocimientos y las percepciones de efectividad en el uso del condón en 287 hombres, con un promedio de 17 años. Los resultados mostraron que el resultado esperado del sexo seguro para evitar la infección del VIH fue estadísticamente significativo,

$F(160) = 2.09, p < .001$. En donde los estudiantes mayores de 24 años están más de acuerdo en que el condón si es efectivo para prevenir la infección por VIH con $M = 3.12$ ($DE = 1.07$) y el grupo menor de 20 años con $M = 2.65$ ($DE = 1.10$).

Por su parte, Ossa et al. (2013) llevaron a cabo un estudio para analizar los mitos, creencias, actitudes y conocimientos de los jóvenes escolarizados en la ciudad de Pereira en 528 adolescentes de 12 a 18 años, con un promedio de 15 años, el 52.1% fueron mujeres. Lo reportado con respecto al resultado esperado del sexo seguro, se pudo identificar que los motivos para usar condón fueron como un método de seguridad contra las ITS con 95.8% para los hombres y 4.2% para las mujeres, para usar el condón como método de planificación únicamente fue el 37.5% para los hombres y 62.5% para las mujeres, los que mencionaron que el uso del condón protege contra las ITS y es efectivo como método de planificación familiar fue un 66% para los hombres y un 54% para las mujeres.

De forma semejante Planck (2013) realizó una investigación con el propósito de analizar este comportamiento y su incidencia en el aumento de embarazo de mujeres menores de 20 años, en 66 adolescentes de 15 a 19 años de edad, de los cuales el 50% fue del sexo femenino. Los resultados acerca del resultado esperado del sexo seguro sugirieron que el 72.8% de los adolescentes refieren que un embarazo se previene a través de los métodos anticonceptivos, el 40.9% de los adolescentes mencionó que la mayor ventaja de usar condón es la prevención del embarazo y evitar las ITS y el 36.4% reportó que la desventaja más mencionada es que no evita las ITS en un cien por ciento.

En un estudio de Ruiz, Jiménez y Ballester (2006) realizaron un estudio para identificar las ventajas e inconvenientes atribuyen los jóvenes universitarios a la utilización del preservativo en sus relaciones sexuales y si existen diferencias en función del género en 120 estudiantes universitarios de 18 a 22 años, con un promedio de 20 años, el 77.5% fueron mujeres. Los resultados indicaron que en la variable de resultado esperado del sexo seguro indicó que el 71.3 de los hombres y el 60.2% de las mujeres

reportaron que el preservativo es efectivo, del total de la muestra el 7.5% mencionó que el condón no es nada fiable. El 96.6% mencionó que el preservativo evita las ITS y los embarazos no deseados con 80.7%.

En este orden de ideas Llano, Lugo y Barbeito (2014) se propusieron caracterizar los estudiantes, determinar conocimientos, actitudes y uso del condón masculino en la prevención del VIH/sida e identificarla percepción de riesgo de infección, en 173 estudiantes de 22 a 24 años. Los resultados sugirieron que en la variable resultado esperado del sexo seguro, los jóvenes reportaron usar condón por decisión mutua y por el hecho de evitar las ITS en un 61.1%, manifestaron también que las desventajas de no utilizar el condón son porque es difícil de usarlo en un 47.9% y complicado de conseguirlo en un 19.4%, además de que es mejor utilizar otro anticonceptivo en un 18.1%.

Síntesis.

Se puede decir que la variable de resultado esperado del sexo seguro se relaciona con la probabilidad de que los jóvenes visualicen el uso del condón como una estrategia efectiva para disminuir el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Esta creencia es una de las más importantes porque es donde el joven evalúa la posibilidad de un resultado positivo como producto de la conducta sexual segura. A medida que se esperan beneficios de usar condón, es más probable llevar a cabo la conducta recomendada.

Actitud hacia el sexo seguro.

Teva et al. (2014) realizaron un estudio con el propósito de evaluar y analizar la relación entre la satisfacción sexual y las actitudes hacia el uso del condón que favorecen el uso del mismo en 1504 jóvenes de 14 a 19 años con un promedio de 16 años, el 51.6% fueron mujeres. Encontraron que la variable de actitud hacia el sexo seguro está relacionada significativamente con el uso del condón en los hombres,

$F(4, 291) = 2.63, p < .001$ como para mujeres, $F(4, 336) = 7.24, p < .001$. Sin embargo, se obtuvo una proporción muy baja de la varianza explicada de .07% para el uso del condón en el inicio de vida sexual activa.

De forma similar Espada et. al (2013) condujeron un estudio para describir las propiedades psicométricas de una escala multidimensional para evaluar la actitud hacia el sexo seguro con respecto al uso del condón en 1216 estudiantes de bachillerato, con un promedio de 15 años, el 56.9% fueron mujeres. Los resultados mostraron una relación significativa entre la escala multidimensional y las actitudes del sexo seguro para el uso del condón, $r = -.31, (p < .001)$ y con la actitud de acudir a realizar la prueba rápida de VIH, $r = -.23, (p < .001)$.

De igual manera Espada, Orgilés, Morales, Ballester, y Huedo (2012) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de medir la efectividad de un programa para la prevención del VIH en 827 estudiantes adolescentes de 15 a 18 años, de los cuales el 60.3% fueron mujeres. Los resultados mostraron que los adolescentes presentaron actitudes favorables al sexo seguro frente al uso del condón cuando estos se enfrentaban a problemas de acceso, $F(1, 825) = 10.92, p < .001$ y mejores actitudes favorables a la prueba de VIH, $F(1, 825) = 13.54, p < .001$ y mayores actitudes hacia la intención del uso del condón, $F(1, 825) = 5.37, p < .001$.

En un estudio de Castró, Bermúdez y Madrid (2011) se plantearon analizar las variables sociodemográficas y psicosociales que median en el debut sexual de los adolescentes en España en 215 jóvenes de 14 y 19 años de edad, con un promedio de edad de 16 años, el 50.7% fueron hombres. Los resultados mostraron diferencias en la actitud hacia el sexo seguro para el uso del condón en las relaciones sexuales con penetración de $M = 21.47 (DE = 3.85)$, en comparación con los que no tuvieron relaciones sexuales penetrativas $M = 21.91 (DE = 3.85)$ y los que no tuvieron relaciones sexuales $M = 21.04 (DE = 3.91)$ las cuales fueron estadísticamente significativas ($p < .001$).

En un estudio de Díaz, Gil, Ballester y Díaz (2014) llevaron a cabo un estudio para analizar las conductas sexuales de riesgo y las actitudes para la infección por VIH/SIDA en hombres, en 202 jóvenes de 14 a 57 años, el 83.2% se identificó con orientación homosexual, con un promedio de 28 años. Los resultados sugirieron que las actitudes más frecuentes en las conductas sexuales de los jóvenes fueron sexo oral con 6.2%, relaciones anales con 54.6%, pareja estable con 24.3%, pareja ocasional con 72.7%. Los jóvenes reportaron que usaron el condón siempre en las relaciones sexuales con 6.2%, en las relaciones anales con un 49.4% y para las relaciones orales con un 54.6%.

Síntesis.

Se puede concluir que la variable actitud hacia el sexo seguro es una variable que esta significativamente relacionada a la conducta sexual segura, los estudios que se presentaron abordaron la idea de que las actitudes son factores que pueden llegar a afectar de forma directa las intenciones de uso del condón, así como de la conducta de uso del condón. La actitud hacia el sexo seguro se ha identificado como un factor etiológico de la conducta sexual segura.

Norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro.

Rijsdijk et al. (2012) realizaron una investigación para examinar los predictores de las intenciones del uso del condón y las intenciones de retrasar las relaciones sexuales en 1986 estudiantes de 12 a 20 años, el 55.3% hombres. Los resultados indicaron que la intención de retrasar el debut sexual esta positivamente relacionado con la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro, $r = .07$, ($p < .001$) y las intenciones de uso del condón están positivamente relacionados con la norma de apoyo para la pareja para el sexo seguro, $r = .18$, ($p < .001$). Además, la norma de apoyo fue un predictor de las intenciones del uso del condón ($\beta = .14$, $p < .001$).

De forma semejante Njau et al. (2013) se propusieron realizar un estudio cuyo objetivo fue evaluar los factores que determinan el uso del condón en 324 estudiantes de Tanzania de 16 a 18 años, el 55% fueron mujeres. Los resultados sugirieron que la intención del uso del condón se asoció con la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro ($\beta = .15, p < .001$) y la norma de apoyo para la pareja para el sexo seguro se asoció con el uso del condón ($\beta = .14, p < .001$). La norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro se relacionó con la conducta sexual segura ($\beta = -.19, p < .001$).

En un estudio de Camilleri, Kohut, y Fisher (2015) se plantearon identificar la relación entre la motivación al uso del condón y habilidades del comportamiento sexual, con una muestra de 149 hombres de 18 a 24 años, con un promedio de 18 años. Encontraron que la norma de apoyo de la pareja para el sexo se correlacionó con la consistencia del uso del condón, $r = .54, (p < .001)$. También se correlacionó con la percepción de la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro con la comunicación no verbal de la pareja, $r = .21, (p < .001)$ y también se correlacionó con la incomodidad del uso del condón, $r = -.31, (p < .001)$.

En un estudio de Álvarez et al. (2010) que tuvo como propósito determinar los predictores del uso del condón y las intenciones del uso del condón en 157 adolescentes de 17 a 21 años, con un promedio de 19 años, el 53.7% fueron mujeres. Los resultados reportados mostraron que la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro explicó el 75% de la varianza en el uso de condones, $R^2 = 7.55, F(7, 149) = 69.69, p < .001$. La norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro y las creencias de control fueron predictores de las intenciones del uso del condón ($\beta = .67, p < .001$).

Villarruel, Jemmott, Jemmott, y Ronis (2004) llevaron a cabo un estudio para examinar los predictores teóricos de la actitud, norma subjetiva, creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control sobre las relaciones sexuales y el uso del condón en 141 latinos adolescentes de 12 a 18 años. Los resultados mostraron que a través de correlaciones de Pearson, la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro se

relacionó con el uso del condón, $r = .67$, ($p < .001$) las actitudes hacia el uso del condón, $r = .63$, ($p < .001$) y la autoeficacia para uso del condón, $r = .59$, ($p < .001$) fueron positivamente relacionadas a la intención de uso del condón.

Síntesis.

La norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro se relaciona significativamente con la intención de uso del condón y como se pudo observar en los estudios analizados es un predictor de las intenciones. La norma es un elemento fundamental etiológico en la conducta sexual segura de los jóvenes debido a que incluye la aprobación de la pareja y la motivación del propio joven para atender las expectativas de la pareja sexual.

Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro.

En un estudio de Devine-Wright et al. (2015) se propusieron brindar una guía que sirviera como evidencia para mostrar la promoción del uso del condón y la prevención de intervenciones en VIH para estudiantes de escuelas sudafricanas en 893 adolescentes de 12 a 17 años, el 59.1% mujeres. Los resultados indicaron que la autoeficacia estaba relacionada con el uso consistente del condón, $F(1, 745) = 212.67$, ($p < .001$), también con el uso correcto del condón, $F(1, 744) = 32.96$, ($p < .001$) y con la negociación del uso de condón, $F(1, 743) = 54.92$, ($p < .001$).

Así mismo Ritchwood, Penn, Peasant, y Albritton (2017) se propusieron realizar un estudio con el objetivo de examinar el conocimiento en el uso del condón, actitudes y comunicación de los padres sobre sexualidad y autoeficacia en 465 adolescentes de 10 a 14 años, con un promedio de 12 años, el 55.5% fueron mujeres. Los resultados mostraron que los adolescentes sexualmente activos fueron el 13% quienes reportaron ligeramente un nivel alto en conocimientos de uso del condón y autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro con $M = 16.2$ ($DE = 6.21$), comparado con sus pares quienes no reportaron actividad sexual con $M = 14.3$ ($DE = 6.53$), $t(307) = 2.51$,

$p < .005$. También se encontró que la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro fue precedida por el conocimiento del uso del condón en los adolescentes ($\beta = .20, p < .001$).

Rijsdijk et al. (2012) realizaron una investigación para examinar los predictores de las intenciones del uso del condón y las intenciones de retrasar las relaciones sexuales en 1986 estudiantes de 12 a 20 años, el 55.3% hombres. Los resultados indicaron que las intenciones del uso del condón están positivamente correlacionadas con la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, $r = .29$ ($p < .001$) y ($\beta = .33, p < .001$) y así mismo se encontró que la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro estuvo positivamente asociada con la intención de retrasar el debut sexual ($\beta = .30, p < .001$).

Njau et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los factores que determinan el uso del condón en 324 jóvenes de 14 a 18 años de edad, el 55% fueron mujeres. Los resultados sugirieron que la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro fue estadísticamente significativa para el uso del condón, $X^2(11) = 10.48$, $p < .001$, $CFI = 1.00$, $RMSEA = .01$, IC 95% [.01, .04]. La autoeficacia para la negociación del uso del condón fue también asociada positivamente a la intención del uso del condón ($\beta = .18, p < .001$). Finalmente se investigó el rol del miedo en la negociación del uso del condón el cual indicó un modelo de ajuste, $X^2(15) = 102.73$, $p < .005$, $CFI = 1.00$, $RMSEA = .01$, IC 95% [.01, .03].

Villarruel et al. (2004) llevaron a cabo un estudio para examinar los predictores teóricos de la actitud, norma subjetiva, creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control sobre las relaciones sexuales y el uso del condón en 141 latinos adolescentes de 12 a 18 años. Los resultados mostraron a través de correlaciones de Pearson que las actitudes hacia el uso del condón, $r = .63$ ($p < .001$), norma subjetiva de utilizar condón, $r = .67$ ($p < .001$) y la autoeficacia para uso del condón, $r = .59$ ($p < .001$) fueron positivamente relacionadas a la intención de uso del condón

Síntesis.

Con base en los estudios presentados se puede decir que la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro está relacionada significativamente con las intenciones, se puede decir que la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro es un predictor de las intenciones, se observó en los estudios que en conjunto con las actitudes hacia el sexo seguro y con la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro pueden explicar en gran medida la varianza de las intenciones de uso del condón y de la conducta sexual segura.

Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón.

En un estudio de Ritchwood et al. (2017) se propusieron realizar un estudio con el objetivo de examinar el conocimiento en el uso del condón, actitudes y comunicación de los padres sobre sexualidad y autoeficacia en 465 adolescentes de 10 a 14 años, con un promedio de 12 años, el 55.5% fueron mujeres. Los resultados sugirieron que la autoeficacia en el uso correcto del condón fue precedida por los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón ($\beta = .20, p < .001$). El conocimiento de uso correcto de condón, así como más actitudes favorables en el uso del condón ($\beta = -.20, p < .001$) y comunicación sexual padre-hijo ($\beta = -.13, p < .001$).

De igual manera Rivera et al. (2013) realizaron un estudio para analizar la relación entre los conocimientos, comportamiento y creencias sobre la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual en 300 estudiantes universitarios de 17 a 24 años, con un promedio de 20 años. Los resultados indicaron que el 30.3% tuvo conocimientos suficientes sobre los problemas y errores en el uso del condón, el 69.3% tuvo conocimientos regulares y el 0.3% deficientes. También se encontró diferencias significativas entre los menores de 19 años y mayores de 20 años $t(298) = -5.21, p < .001$. Siendo mayores en los que tenían más de 20 años.

Por otra parte, Uribe, Valderrama, Sanabria y Vergara (2009) llevaron a cabo un estudio para describir y comparar los conocimientos correctos, las ideas erróneas,

actitudes, la susceptibilidad y la autoeficacia frente al VIH/sida en 222 jóvenes colombianos de 10 a 18 años, con una edad promedio de 14 años, el 55.4% fueron mujeres. Los resultados mostraron que los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $F(2, 174) = 8.06$, $MSE = 44.07$, $p < .001$, con la actitud positiva, $F(2, 206) = 3.57$, $MSE = 7.04$, $p < .005$ y con la autoeficacia, $F(2, 203) = 7.11$, $MSE = 6.03$, $p < .001$.

En un estudio de Pérez y Pick (2006) realizaron un estudio para identificar los predictores psicosociales de conducta sexual protegida en 178 adolescentes de 14 a 20 años. Los resultados mostraron que los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón fue un predictor para la conducta sexual protegida ($\beta = .93$, $p < .005$), $t(211) = -2.71$, $p < .005$, así como la comunicación asertiva ($\beta = -.57$, $p < .005$), $t(436) = -2.74$, $p < .005$ y las creencias conductuales hacia la sexualidad ($\beta = -.48$, $p < .005$), $t(243) = -1.99$, $p < .005$.

En un estudio de Valencia y Canaval (2012) se propuso identificar la frecuencia del uso habitual del condón y los factores que predicen, facilitan y refuerzan su uso en 397 jóvenes de 18 a 25 años, el 51% eran mujeres, con un promedio de 21 años de edad. Los resultados mostraron que el 46% posee un adecuado conocimiento sobre problemas y errores en el uso del condón, los factores de riesgo para el no uso habitual del condón en jóvenes fueron los errores en el uso y desplazamiento, $OR = 2.46$, IC 95% [1.71, 3.31], $p < .001$. Las relaciones sexuales pene-ano, $OR = 2.14$, IC 95% [1.23, 3.71], $p < .001$ y la no intención del uso del condón con la pareja habitual, $OR = 1.78$, IC 95% [1.52, 2.02], $p < .001$.

Síntesis.

La variable conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón es un factor estadísticamente significativo para el uso del condón, debido a que los problemas y errores en el uso influyen de manera negativa en la colocación correcta y consistente del condón, se puede decir también que los conocimientos sobre problemas y errores en

el uso del condón van de la mano con la autoeficacia porque es a medida que el joven percibe la habilidad de resolver problemas y errores lo que le hace posible tener mayor probabilidad de usarlos y de esta manera disminuir su riesgo ante el VIH.

Intenciones de sexo seguro.

Malcolm et al. (2013) en una investigación se plantearon examinar el funcionamiento familiar en relación con las intenciones de uso del condón, en 171 adolescentes de 13 a 24 años, con un promedio de 15.8 años. Los resultados mostraron que las intenciones de sexo seguro estuvieron directamente relacionadas a las creencias de control con ($\beta = .50, p < .005$) y se encontró que la norma parental estuvo asociada con las intenciones de sexo seguro ($\beta = .05, p < .001$), finalmente las intenciones de sexo seguro se asociaron con el uso del condón en la última relación sexual ($\beta = .57, p < .001$).

En un estudio de Carvalho, Álvarez, Barz, y Schwarzer (2015) se propusieron examinar el efecto del funcionamiento familiar en las intenciones y comportamientos del uso del condón a través de la comunicación sobre el sexo y las actitudes de uso del condón, las normas parentales y las creencias de control en 150 hombres heterosexuales entre 18 a 25 años, con un promedio de 17 años. Los resultados indicaron que las intenciones de sexo seguro predijeron el comportamiento del uso del condón ($\beta = .33, p < .001$), mientras que el comportamiento del uso del condón predijo las intenciones de sexo seguro ($\beta = .24, p < .001$). Las actitudes hacia el uso del condón ($\beta = .37, p < .001$) así como las creencias de control ($\beta = .50, p < .001$) se asociaron positiva y directamente con las intenciones de sexo seguro.

De igual manera Eversole, Berglas, Deardorff, y Constantine (2017) llevaron a cabo un estudio con el propósito de examinar la relación entre la fuente primaria de conocimientos sobre sexualidad y las intenciones de uso del condón en 1185 con una promedio de 14 años de edad, el 50.2% fueron mujeres. Los resultados sugirieron que el 70.7% de los participantes mencionaron que practicarán las intenciones de sexo seguro

de manera definitiva en la próxima vez que tengan una relación sexual, el 22.3% respondió que a lo mejor usaran condón y el 3.5% respondieron que probablemente no lo usarán, las mujeres fueron más propensas que los hombres a reportar las intenciones de sexo seguro en la próxima relación sexual con 94% y 91.9% respectivamente.

Por su parte, Rijdsdijk et al. (2012) realizaron una investigación para examinar los predictores de las intenciones de sexo seguro y las intenciones de retrasar las relaciones sexuales en 1986 estudiantes de 12 a 20 años, el 55.3% fueron hombres. Los resultados indicaron que la intención de retrasar las relaciones sexuales estuvo relacionada positivamente con la creencia del embarazo, $r = .14$, ($p < .001$). Las intenciones del uso del condón fueron relacionadas positivamente con la autoeficacia para el uso del condón, $r = .29$, ($p < .001$). Las intenciones de uso del condón fueron relacionadas a las actitudes del uso del condón ($\beta = .11$, $p < .001$), norma social percibida al uso del condón ($\beta = .10$, $p < .001$) las cuales juntas explican el 17% de la varianza de la intención de uso del condón.

En este sentido Oppong Asante, Osafo, y Doku (2016) llevaron a cabo un estudio para determinar si la escala de autoeficacia para el uso del condón puede predecir en el futuro el uso del condón en 518 de 20 a 24 años. Los resultados sugirieron que existió una correlación estadísticamente significativa con el uso del condón en la última relación sexual y con las intenciones de sexo seguro, $r = .73$, ($p < .001$) y $r = .72$, ($p < .001$) respectivamente, el ajuste de modelo de regresión arrojó una explicación del 14% de la varianza, $R^2 = 0.14$, $F(4, 507) = 10.29$, $p < .001$. Para un modelo de regresión logística con 61% de la varianza explicada en intenciones del uso del condón, $R^2 = 0.61$, $F(4, 507) = 63.45$, $p < .001$.

Síntesis.

En base a los estudios analizados se puede decir que la variable intenciones de sexo seguro es un factor etiológico de la conducta sexual segura, la cual fue asociada de forma estadísticamente significativa, la intención por si sola se observó como un

predictor inmediato de la conducta, de igual manera las intenciones de sexo seguro con las variables de autoeficacia y normas explican gran porcentaje de la varianza del uso del condón en jóvenes.

Barreras percibidas para el uso del condón.

En un estudio de Njau et al. (2013) se propusieron realizar un estudio cuyo objetivo fue evaluar los factores que determinan el uso del condón en 324 estudiantes de Tanzania de 16 a 18 años, el 55% fueron mujeres. Los resultados indicaron que los participantes que reportaban bajas barreras percibidas para uso del condón eran 24 veces más propensos a usar condón, $OR = 14.88$, IC 95% [3.25, 68.10], $p < .001$, con respecto a los que reportaron altas barreras para el uso del condón. Los que profesaban religión católica tuvieron menos probabilidad de barreras que las de religión musulmana, $OR = 0.32$, IC 95% [.13, .81], $p < .001$.

Tarkang (2012) realizó un estudio para examinar los factores asociados al uso consistente del condón en estudiantes de bachillerato de Camerún en 210 mujeres de 16 a 24 años. Los resultados sugirieron que el 32.4% presentó barreras percibidas para el uso del condón, el 53.2% mencionó que látex causa irritación, el 36.2% refirió problemas de alergias al lubricante de los condones, la percepción que los condones son fáciles de deslizarse el 32.4 % estuvo de acuerdo mientras que el 67.6% no estuvo de acuerdo. Finalmente se relacionó el uso consistente del condón con las barreras percibidas para el uso del condón la cual fue estadísticamente significativa, $X^2(48) = 42.25$, $p < .005$.

En un estudio de Coyle, Franks, Glassman, y Stanoff (2012) indagaron sobre las barreras percibidas para el uso de condón en 776 estudiantes de 18 a 24 años, el 53.4% fueron hombres. Los resultados mostraron que el 28.5% reportaron que en más de una ocasión experimentaron cambios en el ajuste del condón durante las relaciones sexuales en los últimos tres meses. Los hombres reportaron mayores barreras percibidas para el uso del condón que las mujeres con 31.7% y 23.8% respectivamente,

$X^2(1) = 2.36, p < .005$. Las mujeres mencionaron en mayores ocasiones que los condones se colocan antes de las relaciones sexuales, $X^2(1) = 5.31, p < .005$. Pero los hombres reportaron menores problemas en el ajuste del condón que las mujeres, $X^2(1) = 4.79, p < .005$.

Del mismo modo Soto (2006) llevó a cabo un estudio para identificar los factores asociados al no uso del condón en adolescentes y jóvenes en el distrito de Chiclayo y describir algunas características de su conducta sexual en 197 hombres de 15 a 24 años, con un promedio de 15 años. Los resultados mostraron que las barreras percibidas para el uso del condón fueron un predictor para el no del mismo ($\beta = .20, p < .001$), también relacionado al uso del condón se identificó la pérdida del romanticismo ($\beta = .59, p < .001$) y la interferencia con la relación sexual ($\beta = .21, p < .005$) y a la falta de gusto por usarlo ($\beta = -.11, p < .005$).

De esta forma Robles et al. (2006) condujeron un estudio para identificar en mujeres universitarias el papel de variables históricas como los conocimientos, actitudes, autoeficacia y variables situacionales como predictoras del uso inconsistente del condón cuando se tienen relaciones sexuales vaginales, orales y anales. En 355 mujeres de 18 a 26 años, con un promedio de 20 años. Los resultados mostraron que un predictor de la conducta inconsistente del uso del condón fueron las barreras percibidas para el uso del condón en las relaciones vaginales ($\beta = .39, p < .005$) y asimismo en la conducta de uso inconsistente del condón en las relaciones orales ($\beta = .41, p < .005$), a que si el condón disminuye la satisfacción se encontró que fue estadísticamente significativa para el uso inconsistente del condón, $X^2(4) = 12.29, p < .005$.

Síntesis.

Se puede concluir que la variable barreras percibidas para el uso del condón son factores asociados significativamente a la conducta de uso consistente del condón, los jóvenes que experimentaron mayores barreras en cuanto al placer, cambios a nivel de la

libido y problemas de ajuste o deslizamiento, fueron más propensos en las inconsistencias en el uso del condón y por consiguiente a presentar un mayor nivel de exposición al VIH.

Conducta sexual segura.

Opong et al. (2016) llevaron a cabo un estudio para determinar si la escala de autoeficacia para el uso del condón puede predecir en el futuro el uso del condón en 518 de 20 a 24 años. Los resultados con respecto a la conducta sexual segura se identificó una correlación con las intenciones de uso de condón ($\beta = .2.01, p < .001$) y con la edad ($\beta = .1.10, p < .001$) lo que explicó el 13% de la varianza del uso actual del condón, $R^2 = 0.13, F(4, 422) = 8.06, p < .001$. El uso del condón en la última relación sexual fue correlacionado significativamente con las intenciones de uso del condón, $r = .83, (p < .001)$.

Njau et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los factores que determinan el uso del condón en 324 jóvenes de 14 a 18 años, el 55% fueron mujeres. Los resultados indicaron que los participantes que no pudieron discutir la conducta sexual segura antes de tener relaciones sexuales fueron 56.0% menos propensos a reportar el uso real del condón, $OR = .44, IC\ 95\% [.24, .82], p < .005$. Los participantes que reportaron tener bajas barreras percibidas tenían 24 veces mayor probabilidad de uso actual de condón, $OR = .99, IC\ 95\% [.03, .31], p < .001$, que aquellos que reportaron tener altas barreras, $X^2(11) = 10.48, p < .005$.

En un estudio de Pérez y Pick (2006) se propusieron realizar un estudio para identificar los predictores psicosociales de conducta sexual protegida en 178 adolescentes de 14 a 20 años. Los resultados mostraron que los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón fue un predictor para la conducta sexual segura ($\beta = .93, p < .005$), $t(211) = -2.71, p < .005$, así como la comunicación asertiva ($\beta = -.57, p < .005$), $t(436) = -2.74, p < .005$ y las creencias conductuales hacia la sexualidad ($\beta = -.48, p < .005$), $t(243) = -1.99, p < .005$.

Folch et al. (2015) realizaron un estudio con el propósito de describir y comparar según el sexo la conducta sexual en 800 jóvenes de 16 a 24 años con un promedio de 20 años. Los resultados mostraron que un factor asociado a la conducta sexual segura en la última relación sexual para hombres y mujeres fue tener más de 20 años, $OR = 2.29$, IC 95% [1.05, 5.00], $p < .001$ y $OR = 1.94$, IC 95% [1.10, 3.40], $p < .001$ respectivamente. En cuanto al debut sexual no presentaron diferencias significativas, en los hombres se reportó una $M = 16.7$ ($DE = 1.9$) y las mujeres con $M = 16.5$ ($DE = 1.9$). Finalmente, el 24% de los hombres y el 30.7% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

De forma similar Espada et. al (2013) condujeron un estudio para describir las propiedades psicométricas de una escala multidimensional para evaluar la actitud hacia el sexo seguro con respecto al uso del condón en 1216 estudiantes de bachillerato, con un promedio de 15 años, el 56.9% fueron mujeres. Los resultados mostraron una relación significativa entre la escala multidimensional y las actitudes para la conducta sexual segura, $r = -.31$, ($p < .001$) y con la actitud de acudir a realizar la prueba rápida de VIH, $r = -.23$, ($p < .001$).

Síntesis.

Con los estudios analizados se puede decir que la conducta sexual segura está relacionada a diversos factores etiológicos como las barreras, las actitudes, las normas, la autoeficacia entre otras, pero definitivamente una de las principales variables con las que se relacionó la conducta sexual segura es con las intenciones. Es decir, los jóvenes que presentan mayores actitudes para el uso del condón tienen una mayor probabilidad de realizar la conducta de prevención del VIH.

Intervenciones basadas en la evidencia para la conducta sexual segura.

Crosby et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores del uso correcto y consistente del condón en 702 jóvenes de 15 a 23 años, con un promedio de 20 años. Se obtuvieron dos grupos aleatorizados, al grupo de

intervención se le entregó un programa de prevención del VIH y al grupo control solamente una plática sobre sexualidad. Los resultados sugirieron que los participantes del grupo de intervención fueron significativamente más probables de reportar el uso correcto y consistente de condón que los del grupo control, $OR = 1.49$, IC 95% [1.06, 2.08], $p < .005$ y los resultados fueron sostenidos a los seis meses en el reporte de uso consistente y correcto del condón, $OR = 1.63$, IC 95% [1.07, 2.49], $p < .001$.

De la misma manera Sieving et al. (2014) llevaron a cabo un estudio para disminuir el comportamiento sexual de riesgo, la violencia involucrada y la desconexión escolar en 253 adolescentes mujeres de 13 a 17 años, con promedio de 16 años, se asignaron a dos grupos de forma aleatoria al grupo de intervención se le entregó un modelo de consejería basado en prevención del VIH y al grupo control se le brindó información de prevención en general sobre temas de sexualidad. Los resultados mostraron que en el grupo intervención reportó mayor uso consistente del condón que con los del grupo control a 12 meses post-intervención, $OR = 1.45$, IC 95% [1.26, 1.67], $p < .001$ y en 24 meses, $OR = 1.57$, IC 95% [1.28, 1.94], $p < .005$ y $OR = 1.67$, IC 95% [1.39, 2.01], $p < .001$. Las participantes del grupo intervención fueron significativamente más probables de tener abstinencia sexual a los seis meses post-intervención, $OR = 2.88$, IC 95% [1.12, 7.40], $p < .001$.

En otro estudio de Metsch et al. (2013) realizaron un estudio para reducir el comportamiento sexual de riesgo y reducir las ITS en 5758 jóvenes con un promedio de 25 años, el 57 % fueron mujeres. Se formaron dos grupos de forma aleatoria, al grupo de intervención se le entregó una consejería breve sobre prevención del VIH y al grupo de control se le entregaron mensajes didácticos con información sobre prevención del VIH. Los resultados mostraron que los participantes del grupo de intervención reportaron menor número de parejas sexuales que el grupo de comparación,

$OR = .81$, IC 95% [.75, .87], $p < .005$. Los participantes del grupo de intervención reportaron rangos menores de sexo no protegido, $OR = .66$, IC 95% [.55, .79], $p < .005$.

En un estudio de Sánchez, De La Rosa, y Serna, (2013) se propusieron incrementar el uso consistente del condón y reducir el sexo desprotegido en 278 jóvenes de 18 a 24 años, el 54% fueron hombres. Se formaron dos grupos de forma aleatoria, al grupo de intervención se le entregó un programa de entrevista motivacional vía consejería y al grupo comparación se le dio tratamiento a base de cuidados de la salud en general. Los resultados mostraron que los participantes del grupo intervención tuvieron significativamente mayor probabilidad de reportar consistentemente uso del condón a los 30 días posteriores, $OR = 3.03$, IC 95% [1.65, 5.52], $p < .001$ y en los pasados 90 días, $OR = 4.62$, IC 95% [2.37, 9.67], $p < .001$.

Morrison et al. (2013) en un estudio que realizaron para reducir la práctica sexual no protegida en 639 adolescentes de 15 a 19 años. Se formaron aleatoriamente dos grupos un modelo de consejería para motivar la conducta sexual segura y al grupo control se le brindó información sobre salud en general. Los resultados mostraron que las participantes del grupo de intervención reportaron una reducción significativa de encuentros sexuales no protegidos, $OR = .78$, IC 95% [1.37, 3.52], $p < .001$ y Las participantes del grupo de intervención mostraron reportar menor número de parejas sexuales que las del grupo comparación a los 6 meses de seguimiento, $OR = 1.79$, IC 95% [1.25, 2.58], $p < .001$.

Síntesis.

En base a las investigaciones analizadas se puede concluir que existen intervenciones que abordan con efectividad la conducta sexual segura, además de que se observó que a través de la consejería se puede manipular las variables etiológicas de la conducta sexual segura en los jóvenes y poder disminuir su riesgo de contraer el VIH. Asimismo, las estrategias que más brindaron efectividad para la modificación de las

conductas sexuales de riesgo en los jóvenes fueron las consejerías breves y los programas basados en aspectos cognitivos-conductuales.

Intervenciones con el uso de tecnología para la conducta sexual segura.

En un estudio de Jones, Hoover, y Lacroix (2013) se plantearon medir el efecto de una intervención a través de dispositivos móviles, con el uso de mensajería y videos en 238 jóvenes de 25 a 34 años, con promedio de 22 años. Se formaron dos grupos de forma aleatoria, el grupo de intervención recibió 12 videos sobre temas en prevención del VIH, mientras que el grupo control se les entregó 12 mensajes con información sobre temas de prevención del riesgo sexual en general. Los resultados mostraron que el grupo intervención reportó menos relaciones sexuales forzadas $M = 2.55$ ($DE = 15.30$) que los del grupo control $M = 29.71$ ($DE = 6.90$) así mismo los del grupo de intervención tuvieron menos encuentros sexuales de riesgo $M = 5.04$ ($DE = 5.90$) y grupo control de $M = 6.01$ ($DE = 15.10$) las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < .001$).

Odeny et al. (2012) llevaron a cabo un estudio para determinar la eficacia de un servicio de mensajería breve para aumentar el re-test en usuarios de una clínica de detección de ITS en 1200 jóvenes varones mayores de 18 años. Se aleatorizaron dos grupos, en el grupo de intervención se enviaron 356 mensajes personalizados con información de re-test y al grupo control se enviaron 356 no personalizados. Los resultados indicaron que los mensajes fueron más efectivos en el grupo de intervención debido a que regresó el 65.4% y el 59.7% en el grupo control, $OR = 1.09$, IC 95% [1.00, 1.20], $p < .001$. Se identificó que aquellos que tuvieron menor escolaridad presentaron más problemas para regresar a la clínica al re-test, $OR = .87$, IC 95% [0.74, 1.01], $p < .001$.

Suffoletto et al. (2013), evaluó la pertinencia de un programa basado en mensajería para medir el impacto sobre la reducción del riesgo sexual en 52 mujeres de 18 a 25 años. Se formaron dos grupos aleatorios con 23 para el grupo de intervención y 29 para el grupo control. Las del grupo intervención recibieron

mensajería tuvo como propósito incrementar la susceptibilidad al VIH y otras ITS, y beneficios de adoptar un comportamiento proyectivo y aumentar la autoeficacia para adoptar comportamientos sexuales saludables. Los del grupo control recibieron educación sexual en general. Los resultados a los tres meses mostraron que en el grupo de intervención había un incremento en el uso del condón, en la última relación sexual vía vaginal, $OR = .40$, IC 95% [.40, .48], $p < .001$. En el grupo de intervención hubo un incremento en la proporción de siempre utilizar condón en los pasados 28 días, $OR = 1.53$, IC 95% [.01, 1.01], $p < .001$.

En un estudio de Lester et al. (2010) llevaron a cabo un estudio para evaluar si la comunicación a través de dispositivos móviles entre proveedores de salud y pacientes puede aumentar la adherencia al tratamiento antirretroviral en 538 mujeres mayores de 18 años, con un promedio de 35 años. Se aleatorizaron dos grupos, el de intervención recibió mensajes fueron $n = 273$ para el grupo de intervención con mensaje sobre adherencia al tratamiento y $n = 265$ para el grupo de mensajes de salud general. Los resultados indicaron que los participantes asignados al grupo de intervención con mensaje tuvieron más probabilidad de apegarse al tratamiento retroviral, $OR = .57$, IC 95% [.40, .83], $p < .001$ y tuvieron un mejor apego al tratamiento general, $OR = .71$, IC 95% [.50, 1.01], $p < .001$.

En un estudio de Coyle, Franks, Glassman, y Stanoff (2012) se propusieron determinar el impacto de una intervención con uso videos para promover el uso del condón en 196 jóvenes con un promedio de 19 años. Se aleatorizaron tres grupos equilibrados en número, el grupo estándar, grupo control y grupo base. El grupo estándar y base observaron un documental sobre el VIH, los del grupo control observaron un video de personas accidentadas por el abuso del alcohol. Los resultados indicaron que el grupo base mostró mayor uso del condón en la última relación sexual en comparación con los otros grupos, $OR = 2.74$, $d = .41$ $p < .001$, $t(118) = 2.56$, $p < .001$.

Síntesis.

De los estudios analizados se puede concluir que existen intervenciones que muestran evidencia de que se puede impactar en el comportamiento de los jóvenes a través del uso de medios tecnológicos como los dispositivos móviles, sin embargo, cabe mencionar que los videos y mensajes son los principales medios de entrega y deben ser vistos como estrategias importantes para apoyar los programas de intervención en VIH debido a que los dispositivos móviles pueden enviar, recibir y compartir una gran cantidad de información con un mínimo de esfuerzo lo cual impactó en la conducta sexual de los jóvenes de forma estadísticamente significativa.

Definición de Términos

Variables demográficas.

La edad, son los años de vida cumplidos referidos por el joven al día del levantamiento de los datos. El sexo es refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como mujer y hombre. Inicio de vida sexual activa se refiere a la edad en la que se comenzaron las relaciones sexuales. En las variables demográficas se utilizó una cédula de datos con criterios (ver apéndice G).

Susceptibilidad ante el VIH.

Es la percepción de riesgo del joven acerca de sus posibilidades de infectarse con el VIH o tener sida. Esta variable fue evaluada con la escala de percepción de riesgo para VIH (Napper, Fisher, & Reynolds, 2012).

Actitud hacia el sexo seguro.

Se define como una respuesta favorable ante situaciones de riesgo sexual, incluye la motivación para evadir circunstancias que impliquen un riesgo ante el VIH. Esta variable fue evaluada con la escala breve de actitud sexual (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006).

Creencia social para el sexo seguro.

Es la percepción que tiene el o la joven del apoyo percibido por el vínculo social (familia y amigos) y la confianza de acción frente a la conducta de sexo seguro y de la postura de prevención ante el VIH. Para evaluar esta variable se utilizó la escala de provisión social para VIH (Cutrona & Russell, 1987; Darbes & Lewis, 2005).

Norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro.

Es la percepción que tiene el o la joven de la aprobación y deseo del uso del condón por parte de la pareja sexual y la motivación del propio joven para acomodarse a las expectativas o deseos de la pareja sexual. Esta variable fue evaluada con la sub-escala del uso del condón con aprobación de la pareja (Cutrona & Russell, 1987; Darbes & Lewis, 2005).

Resultado Esperado del Sexo Seguro.

Es la percepción del resultado de la práctica de la conducta sexual del joven y sus repercusiones a nivel personal, familiar, social y laboral e incluye la evaluación que se realiza sobre dichas conductas. El cual fue evaluado con la sub-escala de resultados cognitivos (Mcbride, Reece, & Sanders, 2010).

Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro.

Es la capacidad percibida para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón y la capacidad percibida para comprar condones. Esta variable fue evaluada con la escala de autoeficacia para prevenir el sida (López-Rosales & Moral de la Rubia, 2001).

Barreras percibidas para el uso del condón.

Son la percepción de pérdida, disminución o cambios en el placer, sensaciones u orgasmo cuando se usa condón. Para evaluar esta variable se utilizó la sub-escala de barreras percibidas para el uso del condón (Song, Clasyn, & Ball, 2009).

Intenciones de sexo seguro.

Son la probabilidad o la disposición de utilizar condón en los próximos tres meses. Esta variable fue evaluada con la escala de intenciones del uso del preservativo (Alvarez et al., 2010).

Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón.

Conjunto de información almacenada por el joven que le permite reconocer los errores al colocar, utilizar y retirar un condón. La variable se evaluó con la escala de problemas y errores en el uso del condón (Crosby, Graham, Milhausen, & Sanders, 2010).

Conducta sexual segura.

Se define como el comportamiento planeado del uso del condón en cada relación sexual, incluye evitar la exposición de secreciones, fluidos corporales, consumo de drogas durante las relaciones sexuales y evitar practicar el sexo anal, oral y vaginal sin el uso del preservativo. Esta variable fue evaluada con el cuestionario de comportamiento de sexo seguro (Dilorio, 2011).

Objetivo General

Evaluar la adaptación de una intervención basada en la evidencia, cognitivo-conductual, que integra el uso de dispositivos móviles titulada “Respeto M-Salud” para aumentar las intenciones de sexo seguro y la conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH.

Objetivos Específicos

1) Adaptar lingüística y culturalmente la IBE original (Respect) considerando el contexto de los jóvenes con riesgo de VIH y la práctica actual de los proveedores de salud, para desarrollar Respeto M-Salud.

2) Pilotear Respeto-M-Salud, una intervención cognitiva-conductual basada en evidencia que integra el uso de dispositivos móviles en jóvenes con riesgo de VIH.

3) Determinar los predictores de las intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH en el post-test y al mes.

Hipótesis

H1.- Los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud reportan mayor susceptibilidad ante el VIH y mayor actitud hacia el sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención.

H2.- Los Jóvenes que participaron en Respeto M-Salud reportan mayor creencia social para el sexo seguro y norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención.

H3.- Los Jóvenes que participaron en Respeto M-Salud reportan mayor resultado esperado del sexo seguro y una mayor autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención.

H4.- Los Jóvenes que participaron en Respeto M-Salud reportan mayores conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y reportan menores barreras percibidas para el uso del condón al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención.

H5.- Los Jóvenes que participaron en Respeto M-Salud Sexual reportan mayores intenciones de sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención.

H6.- Los Jóvenes que participaron en Respeto M-Salud reportan mayor conducta sexual segura al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención.

H7.- El efecto de la intervención Respeto M-Salud está moderado por sexo, edad e inicio de la relación sexual.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el proceso metodológico de investigación, la cual se realizó en tres etapas. La primera se denomina etapa cualitativa, la segunda lleva por nombre etapa pre-experimental y la tercera es la etapa experimental. Para cada una de ellas, se muestra el diseño de estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, exclusión, eliminación, mediciones, procedimiento de recolección de datos y plan de análisis. Al final se presentan las consideraciones éticas del estudio.

Etapas Cualitativa

El objetivo de la etapa cualitativa, consistió en adaptar lingüística y culturalmente la intervención “Respect” (IBE original) considerando el contexto de una ONG del área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León, México, dedicada a los servicios de consejería y detección del VIH para desarrollar Respeto M-Salud (IBE adaptada). En la etapa cualitativa se utilizaron las primeras siete fases del modelo ADAPT-ITT, descritas anteriormente (ver figura 9).

Diseño.

Para la fase de valoración se utilizó un enfoque cualitativo en donde se realizaron entrevistas semi-estructuradas con jóvenes con riesgo de VIH y con proveedores de salud de una ONG del área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León, México, el propósito fue describir situaciones y eventos, es decir; ¿cómo es? y ¿cómo se manifiesta determinado fenómeno? se buscó especificar las propiedades importantes de los jóvenes con riesgo de VIH y proveedores de salud (Katayama, 2010).

Las entrevistas fueron grabadas en audio y editadas en el programa Adobe Audition para mejorar la calidad de audio, una vez editadas fueron transcritas mediante reproducción lenta para disminuir el error de transcripción, fueron limpiadas con el programa Atlas.ti versión 7.5.4 para eliminar textos repetitivos, con el mismo programa las entrevistas se codificaron de forma abierta como máximo nivel de análisis línea por

línea utilizando gerundios realizando lectura y relectura minuciosa y escrupulosa, palabra por palabra hasta lograr una saturación de códigos emergentes para evitar la pérdida de datos significativos (Katayama, 2010).

Figura 9. Esquema de las fases de la etapa cualitativa

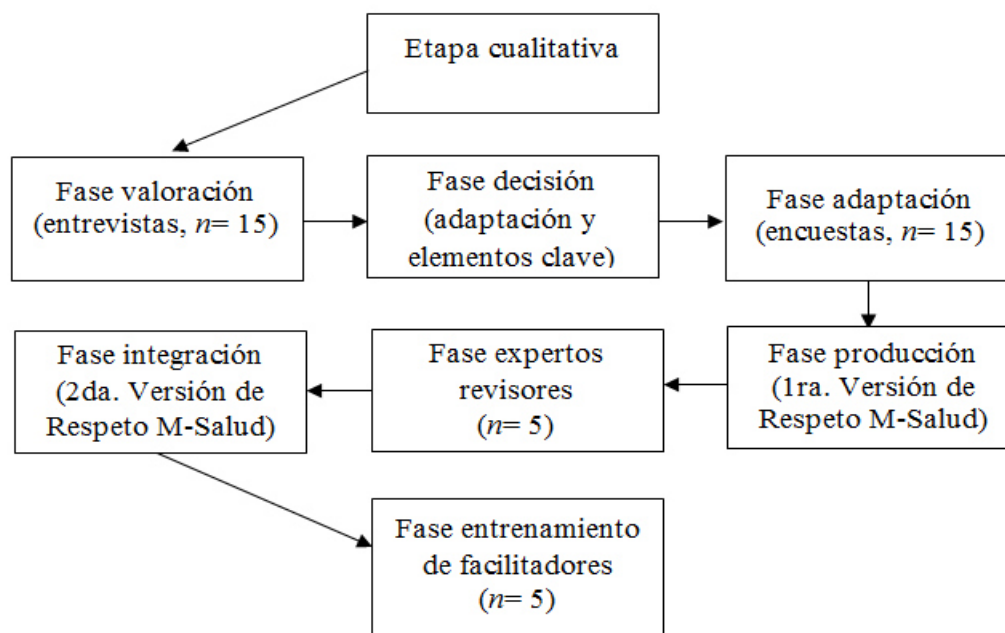


Figura 9. Que muestra las siete primeras fases de la etapa cualitativa.

Población, muestra y muestreo.

Debido a que en la intervención Respeto M-Salud interactúan proveedores de salud y jóvenes con riesgo de VIH, estos fueron seleccionados como población objetivo para las entrevistas. Se entrevistaron a nueve jóvenes (cinco hombres y cuatro mujeres) y a seis proveedores (tres hombres y tres mujeres).

Criterios de inclusión.

Los jóvenes con riesgo de VIH cumplieron con los siguientes criterios: a) Tener entre 18 a 25 años, b) Haber iniciado vida sexual activa, c) Haber solicitado la prueba rápida de VIH de forma voluntaria, d) Tener resultado negativo para prueba rápida de VIH y e) No vivir con la pareja sexual. Los proveedores de salud cumplieron con el

siguiente criterio: a) Tener como mínimo 2 años de experiencia en la consejería para la prevención del VIH.

Criterios de exclusión.

El criterio de exclusión para jóvenes con riesgo de VIH y proveedores de salud fue: a) Haber participado en un proceso de adaptación similar en los últimos 12 meses.

Criterios de eliminación.

Para jóvenes con riesgo de VIH y proveedores de salud fue: a) No completar la participación en tiempo y forma durante la recolección de datos.

Mediciones.

Para la etapa cualitativa, se utilizó una guía de entrevista la cual fue realizada por el investigador principal del presente estudio y esta se basó en preguntas abiertas y sin categorías preestablecidas de tal forma que los participantes expresaran sus experiencias sin tener la influencia de la perspectiva del investigador. La guía de entrevista fue revisada por cinco expertos en la temática en la cual se incluyen preguntas para identificar las necesidades y preferencias de los jóvenes con riesgo de VIH, así como para obtener información acerca de su susceptibilidad ante el VIH, creencia social para el sexo seguro, resultado esperado del sexo seguro, actitud hacia el sexo seguro, norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro, autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón, intenciones de sexo seguro, barreras percibidas para el uso del condón y conducta sexual segura; todo esto en función de la intervención y adaptación de Respeto M-Salud (ver apéndice A).

En el caso de los proveedores de salud las preguntas estuvieron direccionadas en sus necesidades de consejería, su práctica actual y en las habilidades actuales que posee, asimismo sobre su opinión respecto a que si Respeto M-Salud puede facilitar su trabajo como educador sexual y además si su adaptación puede mejorar su práctica actual cuando acuden los jóvenes por motivo de sospecha de una ITS (ver apéndice B).

Se contó con la autorización del proyecto de los comités de investigación y ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y con autorización del comité directivo de la ONG para realizar las entrevistas, se consideró que los participantes eran de difícil acceso debido a que uno de los criterios de inclusión fue que solicitaran la prueba de VIH, por lo cual se utilizó un mediador de la ONG quién se encarga de recibir a los usuarios y entregar una hoja filtro donde se especifica el motivo de visita a la ONG, orientación sexual y si es primera visita o recurrente, además de otros datos sociodemográficos como edad, sexo e inicio de vida sexual activa.

Con el mediador se coordinó el acceso a los participantes para evitar que se sintieran invadidos, el mediador fue el enlace para la captación de los candidatos, el cual notificaba al entrevistador y este a su vez realizó la invitación a cada uno de los participantes, se les mencionó el propósito del estudio, las entrevistas fueron realizadas por el autor principal del presente estudio en un consultorio privado en la misma ONG en horario de 15 a 19 horas de lunes a viernes que es el horario normal de atención de la ONG, asimismo, se invitaron a seis proveedores de salud mencionando el objetivo de las entrevistas y en qué consistía su participación. Jóvenes y proveedores firmaron un formato de consentimiento informado por escrito, todas las entrevistas se realizaron en un periodo de diez días (ver apéndice C y D). Previo al inicio de la recolección de datos se contó con los insumos y materiales necesarios: formatos de entrevistas, lápiz y grabadora. Se propició un ambiente de seguridad, privacidad y confianza para que los participantes pudieran expresarse abiertamente.

Fase decisión: Se llevó a cabo la adaptación de Respect en base a los resultados de la fase de evaluación y se identificó el potencial para poder adaptar Respeto M-Salud en una ONG del área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León México, en base a los recursos físicos en los que se destaca que la ONG contaba con consultorios equipados con aire acondicionado, iluminación y una sala en cada uno. En los recursos

materiales se contaba con una red de internet de banda ancha y equipo de cómputo en general y en los recursos humanos la ONG contaba con el suficiente personal.

Fase adaptación: Se pre-evaluó con una muestra de 15 jóvenes (8 mujeres y 7 hombres) de una universidad pública del área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León México, los jóvenes fueron reclutados dentro de las instalaciones del plantel en áreas estratégicas donde se les invitó a participar, en esta fase se obtuvieron las críticas del material presentado de la intervención Respeto M-Salud por medio de una sesión grupal en la que se les presentó el siguiente material.

- 1) Presentación de Respeto M-Salud
- 2) Formato de plan de reducción de riesgo
- 3) Prototipo de aplicación móvil

Los anteriores puntos se presentaron por el autor principal del presente estudio, posteriormente se les solicitó retroalimentación, alentando a los jóvenes a la participación mostrando una comprensión incompleta, se les presentó los materiales de la siguiente manera: a) Presentación de Respeto M-Salud con las innovaciones pretendidas a modalidad prueba, b) Formato de plan de reducción de riesgo y c) Prototipo de aplicación móvil. Una vez presentados los materiales se dio lugar a la discusión de forma general de lo que les pareció el material y conclusiones de los participantes y al terminar se les solicitó contestar una breve encuesta (ver apéndice E).

Fase producción: Consistió en producir la primera versión de Respeto M-Salud y la primera versión del prototipo de aplicación móvil, manteniendo los elementos centrales de “Respect” los cuales se citan a continuación.

a) Llevar a cabo la consejería individualizada haciendo uso de las tarjetas para la consejería de Respeto M-Salud, llevar a cabo las sesiones con un solo joven a la vez, el modelo Respeto M-Salud no se aplica a contextos grupales.

b) Aprovechar cualquier oportunidad apropiada para el aprendizaje para motivar a los jóvenes a cambiar conductas de riesgo. Los momentos de emoción intensa o

disonancia cognitiva con frecuencia ofrecen la oportunidad a las personas a que piensen de manera diferente en cuanto a ellos mismos o a su conducta. Esta intervención enfatiza el uso o reacción de las oportunidades apropiadas para el aprendizaje a fin de crear oportunidades para una nueva conducta. La disonancia es un conflicto interno en donde las creencias son opuestas a su comportamiento, un ejemplo puede ser el joven que no quiere contraer el VIH, pero su comportamiento es evasivo a utilizar el condón en las relaciones sexuales, esto es disonante por lo tanto es una buena oportunidad identificar estas oportunidades para poder sugerir cambios.

c) Explorar las circunstancias y el contexto de cualquier conducta de riesgo reciente para aumentar la percepción de susceptibilidad, enfocándose en la conducta de riesgo específica y reciente que ha tenido el joven y en las circunstancias relacionadas. Una de las fortalezas principales de la consejería es su enfoque continuo en el riesgo que tiene el joven de contraer o transmitir el VIH. Parecido a otros modelos de intervención, este modelo evita la discusión de temas no relacionados con el riesgo que tiene el joven de contraer el VIH. En vez de utilizar la sesión para impartir educación sobre VIH, la misma se enfoca en la conducta específica de riesgo que manifiesta el joven. Este modelo de consejería requiere que el facilitador utilice la información sólo para clarificar interpretaciones erróneas relacionadas con el riesgo personal del joven.

d) Negociar un paso realista que sustente la meta de reducción de riesgo a largo plazo. Este modelo de consejería apoya y estimula al joven a que desarrolle un paso realista como un compromiso de cambiar su conducta sexual de riesgo.

e) Implementar y mantener los procedimientos de garantía de calidad. Para asegurar una consejería de alta calidad, los facilitadores deben desarrollar, implementar y mantener un protocolo de garantía de calidad que apoye la prestación consistente de la intervención.

La metodología que se utilizó para crear la innovación a la presente adaptación se basó en el pensamiento de diseño que utiliza un método de prototipado rápido, el cual

tiene la particularidad de cambiar las necesidades de cuidado de los jóvenes con riesgo de VIH y crear soluciones prácticas que se enfoquen en dichas necesidades que son puestas a prueba y mejoradas en base a la retroalimentación de los usuarios. La metodología de pensamiento de diseño en este estudio se basó en tres fases según Brown y Wyatt conformadas por inspiración, ideación e implementación, mismas que se describen a continuación (Brown et al., 2014). Inspiración: Se utilizó la información recabada en las fases de valoración, decisión y adaptación. Ideación: Se desarrolló y diseñó un prototipo de aplicación móvil basado en Lenguaje Marcado de Hipertexto (HTML) por sus siglas en inglés, con la ayuda de la herramienta Wix, en donde se montaron los siguientes contenidos; video uso correcto del condón, video uso correcto del condón masculino, video cómo negociar el condón, tipos de condones, información sobre VIH/sida, experiencias de jóvenes y plan de reducción de riesgo (ver figura 14).

Implementación: Se realizaron pruebas de usabilidad y utilidad del prototipo de aplicación móvil mediante tres ciclos iterativos de prueba con cinco usuarios cada ciclo para un total de 15 (8 hombres y 7 mujeres), los cuales fueron reclutados en la ONG dónde se realizó la implementación, los criterios de inclusión fueron tener entre 18 a 25 años, haber obtenido un resultado negativo a la prueba rápida de VIH y contar con un teléfono móvil que se pudiera conectar a la red wifi local. Al final de este proceso se pudo contar con un prototipo de aplicación móvil que sirvió como un apoyo para el modelo de consejería de Respeto M-Salud.

Fase expertos revisores: En esta fase evaluadores que poseen experiencias significativas en el contenido y en áreas necesarias para proyectar Respeto M-Salud evaluaron por medio de una encuesta para expertos revisores (ver apéndice F), revisaron el contenido del manual del facilitador y las tarjetas digitales para la consejería. Se invitó a cinco expertos (tres mujeres y dos hombres) con experiencia en la adaptación de intervenciones en VIH/sida como característica en particular, los cuales emitieron recomendaciones con respecto a la versión adaptada de Respeto M-Salud enfocándose

en la necesidad de realizar alguna modificación ya sea mayor o menor y evaluar la pertinencia de lo planteado con la idea de mejorar la práctica actual. El primer experto fue contactado de la Facultad de Enfermería y se le solicitó a este que sugiriera otro experto en adaptación de intervenciones para localizarlo y así sucesivamente hasta lograr un grupo de cinco expertos revisores. En esta fase se contó con las versiones finales de los manuales del facilitador, manual de tarjetas digitales para la consejería, manual del entrenamiento y manual del prototipo de aplicación móvil.

El procedimiento con los expertos revisores consistió en acudir con cada uno a los cuales se les entregó el material impreso y completo de la intervención Respeto M-Salud, se les dio un plazo de cinco días para revisar el material y contestar la encuesta para expertos revisores, posterior a ello se acudió por los materiales, se les agradeció por el apoyo en la revisión del material de intervención y se le entregó constancia de participación.

Fase integración: Se llevó a cabo el proceso de discutir, analizar y priorizar los resultados en la fase de adaptación y las recomendaciones de expertos revisores que pudieran potencializar el impacto de la intervención adaptada, al final de esta fase se pudo contar con la segunda versión de Respeto M- Salud.

Fase entrenamiento de facilitadores: Fue realizado por el autor principal del estudio en un periodo de cuatro días y fue de tipo teórico, práctico y vivencial, los facilitadores entrenados fueron cinco (tres hombres y dos mujeres) los cuales tenían dos años de experiencia, lo que les facilitó conocer la problemática del VIH/sida, algunas características de los facilitadores es que fueron empáticos, con habilidades para la enseñanza, vinculación y comunicación, el entrenamiento tuvo lugar en la ONG en el área de juntas donde se realizó la adaptación en un horario de 15 a 19 horas, los dos primeros días del entrenamiento se llevó a cabo el entrenamiento teórico que consistió en comprender los elementos centrales de la intervención, fidelidad de la intervención y componentes que se adaptaron.

El tercer día se realizó el entrenamiento vivencial con la ayuda de videos tutoriales y finalmente el cuarto día tuvo lugar el entrenamiento práctico, para el cierre del entrenamiento se realizó una plática como un ejercicio de retroalimentación con lo que se dio por terminado el entrenamiento. Para esta fase se conformaron las cajas con los materiales del entrenamiento como los manuales, formatos de evaluación, formatos de intervención y material de papelería en general.

Plan de análisis de datos.

Se realizó por medio de un análisis de contenido utilizando el programa Atlas.ti versión 7. Para la organización de la información en acorde al paradigma cualitativo se utilizó la Teoría Fundamentada (TF) en los datos como estrategia de análisis de las entrevistas, mismas que fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado de los participantes (Secretaría de Salud [SSA], 1987), para posteriormente ser transcritas utilizando la codificación abierta como máximo nivel de análisis, la cual fue llevada a cabo línea por línea utilizando gerundios como primera aproximación, realizando lectura minuciosa y escrupulosa, palabra por palabra hasta lograr una saturación de códigos emergentes para evitar la pérdida de datos significativos (Katayama, 2010; Miles & Huberman, 2013).

Posteriormente se exportaron los resultados en formato Word para dar lugar a la segunda aproximación al análisis de contenido de forma manual, que consistió en la comparación constante de los datos con los datos y de códigos con códigos, con la encomienda de encontrar similitudes y diferencias, clasificándolos y agrupándolos incluso fusionando los códigos para lograr una construcción más artesanal y dar paso a una codificación selectiva. La formación de las categorías finales se enfocó en identificar los códigos selectivos más recurrentes, proceso que se logró cuando se obtuvo la saturación de los datos (Miles & Huberman, 2013).

Etapa Pre-experimental

El objetivo de esta etapa fue realizar la fase prueba piloto, la cual consistió en llevar a cabo un pilotaje de Respeto M-Salud con la finalidad evaluar la segunda versión de Respeto M-Salud producto de las siete fases anteriores (ver figura 10).

Figura 10. Esquema de la etapa pre-experimental.

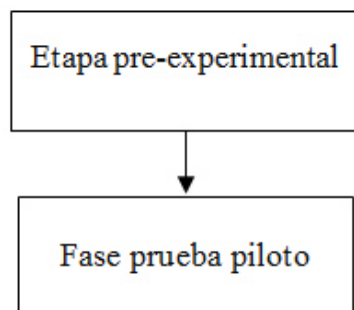


Figura 10. La etapa pre-experimental solo se conforma de la fase prueba piloto.

Diseño.

El diseño fue de tipo pre- experimental de un solo grupo con post-test, se consideró solo un grupo debido a que en esta etapa del estudio se buscó realizar una evaluación de la segunda versión y los materiales que se utilizaron en la fase ensayo controlado aleatorizado (Grove, Burns, & Gray, 2012).

Población, muestra y muestreo.

La población fue compuesta por usuarios de una ONG del área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León México, de 18 a 25 años. El tamaño de la muestra fue de 20 jóvenes con riesgo de VIH de acuerdo con la recomendación del Modelo ADPAT-ITT, el muestreo fue por conveniencia (Wingood & Diclemente, 2008).

Criterios de inclusión.

a) Tener entre 18 a 25 años, b) Haber iniciado vida sexual activa, c) No haber utilizado condón en alguna ocasión en los últimos tres meses, d) No vivir con la pareja sexual y e) Haber obtenido un resultado negativo a la prueba rápida de VIH (ver apéndice G).

Criterios de exclusión.

- a) Que hayan participado en un estudio similar en los últimos 12 meses y
- b) Que tuvieran planes de tener hijos al momento de la recolección de los datos (ver apéndice G).

Criterios de eliminación.

- a) No completar su participación en tiempo y forma durante la recolección de los datos (ver apéndice G).

Mediciones.

Susceptibilidad ante el VIH.

Escala de percepción de riesgo para VIH.

Esta escala consta de 10 ítems con tres dimensiones, la primera es la dimensión afectiva compuesta por los ítems 1,2,4,6 y 7, la dimensión cognitiva compuesta por los ítems 5,8 y 9 y la dimensión saliente compuesta por los ítems 3 y 10, esta escala mide la percepción de riesgo para el VIH, mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde muy en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, algo en desacuerdo = 3, algo de acuerdo = 4, de acuerdo = 5 y muy de acuerdo = 6, un ejemplo de pregunta es: ¿Qué tan probable es que me pueda contagiar de VIH? la puntuación mínima es de 10 lo que indica baja susceptibilidad, 20 a 40 que corresponde a la media que indica moderada susceptibilidad y arriba de cuarenta indica alta susceptibilidad, la escala mostró consistencia interna de ($\alpha = .88$) y estabilidad en prueba test-retest de $r = .92$, ($p < .001$) y validez de convergencia con correlaciones de Pearson de $r = .63$, ($p < .001$). Esta escala puede ser contestada en un tiempo de 5 minutos aproximadamente (ver apéndice H) (Napper, Fisher, & Reynolds, 2012).

Actitud hacia el sexo seguro.

Escala breve de actitud sexual.

La escala consta de 20 ítems con tres dimensiones, la primera es permisividad compuesta de los ítems 1 al 10, la segunda dimensión es comunión compuesta de los

ítems 11 al 15 y la tercera dimensión es instrumentación compuesta de los ítems 16 al 20, esta escala mide la actitud hacia el sexo seguro mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde muy de acuerdo = 1, moderadamente de acuerdo = 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3, moderadamente en desacuerdo = 4 y totalmente en desacuerdo = 5, un ejemplo de reactivo es: ¿No necesito estar comprometido(a) con una persona para tener relaciones sexuales con él/ ella?. Las puntuaciones para cada dimensión se suman y se divide en el número de preguntas por cada dimensión, un puntaje más bajo indica un menor actitud hacia el sexo seguro, la escala reporta confiabilidad mediante alfas de Cronbach de ($\alpha = .95$,) para permisividad, de ($\alpha = .73$), para comunión y de ($\alpha = .77$) para instrumentación, respecto a la validez con estabilidad de prueba mediante test-retest de $r = .92$, ($p < .001$) esta escala puede ser contestada en un tiempo de 5 a 10 minutos aproximadamente (ver apéndice I) (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006).

Creencia social para el sexo seguro.

Escala de provisión social VIH.

Esta escala consta de 48 ítems con dos dimensiones, la primera es la percepción de apoyo de la familia compuesta de los ítems 1 al 24 y la segunda dimensión es percepción de apoyo de amigos compuesta de los ítems 25 al 48, este instrumento mide el apoyo familiar y de amigos para la conducta sexual segura mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde totalmente en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, ni en desacuerdo ni de acuerdo = 3, de acuerdo = 4 y totalmente de acuerdo = 5, las puntuaciones van desde 48 a 240, un ejemplo de reactivo es: ¿Puedo confiar en mis amigos para que me ayuden a practicar el sexo seguro si necesito ayuda?, las puntuaciones mayores indican una mayor percepción de apoyo social para la práctica del sexo seguro. Este instrumento reportó un alfa de Cronbach de .94 y estabilidad de test-retest de $r = .81$, ($p < .005$) esta escala se puede ser contestada en un tiempo de 15 minutos aproximadamente (ver apéndice J) (Cutrona & Russell, 1987; Darbes & Lewis, 2005).

Norma de apoyo de la pareja para sexo seguro.

Sub-escala del uso del condón con aprobación de la pareja.

Esta sub-escala de uso del condón con aprobación de la pareja para la conducta sexual segura está compuesta por cinco ítems, mide la percepción de aprobación de la pareja para el uso del condón mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde en completo desacuerdo = 0, en desacuerdo = 1, indeciso = 2, de acuerdo = 3 y completamente de acuerdo = 4, un ejemplo de reactivo es: Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazara, las puntuaciones van desde 0 a 20, las puntuaciones mayores indican una mayor percepción de apoyo de la pareja para la práctica del sexo seguro. Este instrumento reportó un alfa de Cronbach de .94 y confiabilidad de test-retest de $r = .81$, ($p < .001$) esta sub-escala puede ser contestada en un tiempo de 5 minutos aproximadamente (ver apéndice K) (Cutrona & Russell, 1987; Darbes & Lewis, 2005).

Resultado esperado del sexo seguro.

Sub-escala de resultados cognitivos.

Esta sub-escala está compuesta por 20 ítems que miden el grado en que una persona está preocupada por los resultados negativos en función de sus comportamientos sexuales y el grado en que estos resultados son realmente experimentados mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde nunca = 0, a veces = 1, frecuentemente = 2 y siempre = 3, un ejemplo de reactivo es: ¿Me puse yo, o a mi pareja sexual en riesgo de un embarazo?, el rango de puntuación total para estos elementos es de 0 a 60, a menor resultado de esta escala menores resultados negativos para el sexo seguro. La escala presenta una confiabilidad mediante alfa de Cronbach de .89 y validez con rotación varimax explicó 74.8% de la varianza estimada total, esta sub-escala puede ser contestada en un tiempo de 10 minutos aproximadamente (ver apéndice L) (Mcbride, Reece, & Sanders, 2010).

Apara negociar y practicar el sexo seguro.

Escala de autoeficacia para prevenir el sida.

Esta escala está compuesta de 23 ítems y tiene cuatro dimensiones, la primera es capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias compuesta de los ítems 1 al 11, la segunda es capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo de los ítems 12 al 15, la tercera es capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón de los ítems 16 al 20 y la cuarta es capacidad percibida para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres de los ítems 21 al 23, la escala mide la autoeficacia sexual para prevenir el sida mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde nada seguro = 1, algo seguro = 2, medio seguro = 3, muy seguro = 4 y total seguro = 5, un ejemplo de pregunta es ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?, el puntaje de la escala está en rango de 23 a 115, los puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia, reporta una confiabilidad de alfa de Cronbach de .91 y validez en la explicación de la varianza total de 58.47%, esta escala puede ser contestada en un tiempo de 10 minutos aproximadamente (ver apéndice M) (López-Rosales & Moral de la Rubia, 2001).

Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón.

Escala de problemas y errores en el uso del condón.

La escala está compuesta de 16 ítems y tiene dos dimensiones, la primera es errores del uso del condón compuesta por los ítems del 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 y 11 y la segunda es problemas del uso del condón compuesta por los ítems 5, 8, 12, 13, 14, 15 y 16, la escala mide errores y problemas que las personas pueden experimentar al usar o colocar el condón masculino mediante la siguiente escala de medición que va desde no = 0, lo hice en una ocasión = 1, lo hice en dos ocasiones = 2 y lo hice en tres ocasiones = 3, un ejemplo de reactivo es: Durante las últimas tres veces que usaste condón durante las relaciones sexuales, ¿Lo pusiste en el lado

incorrecto hacia arriba y tuviste que darle la vuelta? el rango de puntuación es de 0 a 48. El rango de puntuación alta es a partir de 9 ocasiones calificando como 3 veces que haya sucedido el error, una puntuación alta indica mayores errores o problemas para el uso del condón, para este estudio se utilizaron dos versiones de la escala, una para el sexo masculino y otra para el sexo femenino, la confiabilidad será reportada en términos de validez interna ya que el instrumento fue diseñado para evaluar la experiencia de la persona y estas varían de una a otra, esta escala puede ser contestada en un tiempo de 15 minutos aproximadamente (ver apéndice N y Ñ) (Crosby, Graham, Milhausen, & Sanders, 2010).

Intenciones de sexo seguro.

Escala de Intenciones de uso del preservativo.

Esta escala contiene cuatro ítems que miden las intenciones de usar condón ante relaciones sexuales en los siguientes tres meses mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde muy improbable = 1, improbable = 2, ni probable ni improbable = 3, probable = 4 y muy probable = 5 un ejemplo es: ¿Planifico usar condones si tengo relaciones sexuales en los próximos 3 meses?, las puntuaciones más altas indican mayores probabilidades de usar el preservativo o anticonceptivos, la puntuación global de la escala se obtiene a través del cálculo de medias. Los reactivos han obtenido una confiabilidad interna de alfa de Cronbach de .88 esta escala puede ser contestada en un tiempo de 5 minutos aproximadamente (ver apéndice O) (Alvarez et al., 2010).

Barreras percibidas para el uso del condón.

Sub -escala de barreras percibidas para el uso del condón

Esta sub-escala contiene siete ítems que miden las barreras percibidas de las personas para el uso del condón mediante escala tipo Likert con puntuaciones que van desde completamente en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, indiferente = 3, de acuerdo = 4 y definitivamente de acuerdo = 5, un ejemplo de reactivo es: ¿Los condones rozan y causan irritación?, las puntuaciones oscilan de 7 a 35, mayores puntuaciones indican que

los condones causan rozaduras o irritación, ha reportado alfa de Cronbach de .86, esta sub-escala puede ser contestada en un tiempo de 5 minutos aproximadamente (ver apéndice P) (Song, Clasyn & Ball, 2009).

Conducta sexual segura.

Cuestionario de comportamiento de sexo seguro.

Este instrumento contiene 16 ítems que miden la frecuencia de uso de prácticas de sexo seguro en jóvenes, tiene dos sub-escalas: la de uso del condón con los ítems: 1, 3, 10, 13 y 14 y comunicación con la pareja con los ítems: 4, 6, 11, 12 y 16 las opciones de respuesta son de tipo Likert: 1 = nunca, 2 = a veces, 3 = la mayor parte del tiempo, 4 = siempre, un ejemplo de reactivo es: Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales. Los puntajes van de 16 a 64, el puntaje inferior indica la ausencia del uso de prácticas sexuales seguras, mientras que el mayor señala la constancia del uso de prácticas sexuales seguras, la escala ha reportado un alfa de Cronbach de .82, este instrumento puede ser contestado en un tiempo de 10 minutos (ver apéndice Q) (Dilorio, 2011).

Descripción de la intervención Respeto M-Salud.

La intervención Respeto M-Salud consistió en un modelo de consejería de dos sesiones de tipo individual cara a cara para el aumento de la práctica del sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH en el que se incluyó el uso de dispositivos móviles como un mecanismo de apoyo a la consejería en donde el facilitador utilizó las tarjetas digitales para la consejería que le permitieron llevar de forma similar y organizada un mismo diálogo de consejería para todos los participantes (ver figura 12) dando lugar al aprendizaje para motivar a los jóvenes a cambiar conductas de riesgo sexual, el facilitador siguió una regla de conversación donde habló solo el 20% y escuchó el 80%. A través del diálogo logró enfocarse en ayudar a clarificar las interpretaciones erróneas relacionadas con el riesgo personal del joven y de esta manera se propició al aumento de

la percepción de susceptibilidad del joven ante el VIH e iniciar la práctica del sexo seguro.

La primera sesión estuvo compuesta por ocho etapas (ver tabla 1) la cual tuvo una duración de 35 minutos en donde el facilitador se aseguró que el joven comprendiera que su función es ayudarlo a explorar los riesgos y a buscar las estrategias para que pueda ser capaz de hacer las cosas de manera diferente para protegerse y proteger a otras personas ante el VIH, el facilitador en esta sesión exploró la situación de riesgo sexual más reciente e identificó si el joven tuvo alguna experiencia previa de reducción del riesgo, además un paso fundamental fue que este modelo de consejería implicó llevar a cabo un plan de reducción de riesgo (ver figura 11) en común acuerdo con el joven, dicho plan fue elaborado por el facilitador en su dispositivo móvil para después ser enviado al dispositivo móvil del joven vía mensaje multimedia o vía bluetooth, incluso cuando no fue posible en alguna de las anteriores opciones se entregó en versión impresa.

El facilitador fue el encargado de verificar que el plan realmente haya llegado al dispositivo del joven al cual le solicitó abrirlo para asegurarse de que lo haya visto y resolver dudas en el momento, el plan de reducción de riesgo fue un compromiso del joven para la modificación de la conducta de riesgo el cual puso en práctica en los siguientes 15 días que fue el intervalo de tiempo para la segunda sesión, además dentro de la primera sesión el facilitador le proporcionó indicaciones al joven para que éste a su vez usando su propio dispositivo móvil utilice un prototipo de aplicación móvil basado en HTML en el que ingresó mediante correo electrónico, usuario y contraseña, estos dos últimos proporcionados por el facilitador, en el que pudo interactuar con los siguientes contenidos:

- a) video sobre el uso correcto del condón masculino
- b) uso correcto del condón femenino
- c) cómo negociar el uso del condón

Tabla 1

Sesión 1. Consejería Respeto M-Salud (continuación)

Etapas	Tiempo
Etapa 6. Negocie un paso de reducción de riesgo utilizando formulario digital	5 min.
Etapa 7. Identifique los recursos de apoyo y dele instrucciones de uso del prototipo de aplicación móvil	10 min.
Etapa 8. Finalice la sesión y confirme la próxima cita	2 min.
Tiempo total de sesión	35 min.

Nota: Etapas de la sesión 1 del manual de tarjetas digitales para la consejería

Figura 11. Plan de reducción de riesgo en el prototipo móvil

Plan de Reducción de Riesgo

Fecha de elaboración:

¿Qué debo hacer para disminuir el riesgo?

Observaciones:

Fecha de la nueva cita:

Figura 11. Muestra la pantalla del prototipo de aplicación móvil con el plan de reducción de riesgo.

La segunda sesión estuvo compuesta por seis etapas (ver tabla 2) la cual tuvo una duración de 30 minutos en donde el facilitador brindó continuidad al plan de reducción de riesgo con el propósito de explorar las facilidades y barreras que el joven pudo haber experimentado durante la práctica, independientemente del cumplimiento del plan de reducción de riesgo el facilitador le solicitó al joven ingresar al prototipo de aplicación

móvil en el apartado de reporte de avances donde contestó cuatro preguntas relacionadas con el plan de reducción de riesgo.

Figura 12. Ejemplo de diálogo de la primera sesión de la intervención adaptada de Respeto M-Salud

Pasos del protocolo	Ejemplo del diálogo
1. Preséntese y explique su función como consejero	<ul style="list-style-type: none"> Hola, mi nombre es [nombre]. Voy a hablarle acerca de su riesgo de [adquirir/transmitir] VIH o de contraer una ITS y de algunas preocupaciones que usted pudiera tener en cuanto a eso. Mi función como facilitador es ayudarle a explorar tales riesgos y a buscar maneras en que usted pudiera ser capaz de hacer las cosas de manera diferente para protegerse y proteger a otras personas.
2. Describa la sesión	
a. Indique la duración de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Como dije, estaremos hablando de sus riesgos y preocupaciones. Tendremos alrededor de _X minutos para hablar. Todo lo que hablemos aquí será totalmente confidencial.
b. Explore los riesgos relacionados con el VIH (y ITS)	<ul style="list-style-type: none"> Déjeme decirle de lo que hablaremos.
c. Identifique los retos para la reducción de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Estaremos hablando acerca de su(s) riesgo(s) de [adquirir/transmitir] el VIH (y/o de contraer una ITS) <ul style="list-style-type: none"> Examinaremos cómo usted ha tratado de reducir su riesgo en el pasado. Hablaremos de los cambios que usted puede hacer para reducir aún más su riesgo y desarrollar un plan para lograrlo.
d. Discuta estrategias para reducir el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> También quiero dejarle saber que haré uso de estas tarjetas digitales (Tarjetas del proveedor) para que me ayuden a recordar los temas importantes que tengo que tocar.
3. Conteste las preguntas inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> Le comento de forma introductoria que al finalizar la sesión le mostraré una aplicación que servirá como recurso para disminuir su riesgo de contraer VIH y/o una ITS. Antes de continuar, ¿cuáles son las preocupaciones o preguntas que tiene usted? Si identificáramos problemas que no pudiéramos tratar hoy, le daré Información que pudieran serle útiles. (ver anexo A, hoja de recursos)

Figura 12. Muestra un ejemplo de las tarjetas digitales para la consejería, utilizadas por el facilitador de Respeto M-Salud.

En esta sesión nuevamente se establece seguir con el mismo plan de reducción de riesgo haciendo énfasis en consolidar las ideas planteadas en la primera sesión con el propósito que este paso de reducción del riesgo sea una meta a largo plazo. En el caso de los que no cumplieron con el plan de reducción de riesgo se identificaron las causas para reforzar el plan y motivar al joven a la realización del mismo plan, modificando los posibles problemas que hayan surgido y se redactó nuevamente el plan en el dispositivo móvil del facilitador para ser enviado como en la primera sesión, en este momento se le

Figura 13. Esquema de la etapa experimental

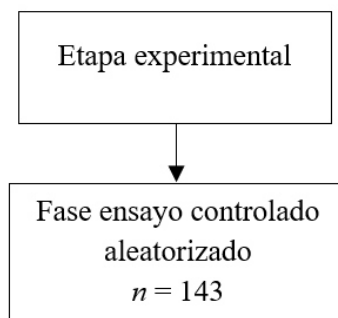


Figura 13. En la etapa experimental se culmina con el proceso de adaptación en donde se realizó el ensayo clínico aleatorizado.

Diseño.

El estudio tuvo un diseño experimental con grupo de intervención y grupo control, uno recibió el tratamiento experimental que consistió en la intervención adaptada Respeto M-Salud y el de control recibió un modelo de consejería educativa para la prevención del VIH. Las variables dependientes del estudio fueron medidas antes y después de la intervención y se realizó una nueva medición al mes de seguimiento (Grove et al., 2012).

Población, muestra y muestreo.

La población fueron usuarios de una ONG del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. La muestra fue de 154 jóvenes para ambos grupos (intervención y control) para obtener 77 participantes para cada grupo. El tamaño de la muestra fue calculado mediante el paquete estadístico nQuery Advisor 7.0 para un modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas con un nivel de significancia estimado en .05, un efecto mediano $d = .50$, un poder del 90% y una tasa de no respuesta del 10% (Cohen, 1988). Se realizó asignación aleatoria de los participantes a cada grupo por medio del paquete estadístico Epidat 3.1.

Criterios de inclusión.

a) Tener entre 18 a 25 años, b) Estado civil soltero, c) Haber iniciado vida sexual activa, d) No haber utilizado condón en alguna ocasión en los últimos tres meses, e) Haber solicitado de forma voluntaria la prueba rápida de VIH, f) No vivir con la pareja sexual y g) Saber abrir páginas web, mensajes multimedia y manejar bluetooth con el dispositivo móvil (ver apéndice G).

Criterios de exclusión.

a) Haber participado en un estudio similar en los últimos 12 meses, b) Estar bajo tratamiento médico con antidepresivos, c) Mujeres en estado de gravidez, d) Obtener un resultado positivo a la prueba rápida de VIH y e) Que tuvieran planes de tener hijos en los próximos tres meses al momento de la recolección de los datos (ver apéndice G).

Criterios de eliminación

a) No cumplir con el 100% de asistencia a las sesiones y la medición de seguimiento.

Mediciones.

Se utilizaron los mismos instrumentos que se refieren en la “etapa pre-experimental” (ver pág. 67) y para la selección de participantes una cédula de datos con criterios (ver apéndice G).

Procedimiento del estudio.

Una vez que se obtuvo la autorización de los comités respectivos y teniendo completa la intervención Respeto M-Salud, un modelo de consejería para la práctica de la conducta sexual segura, la cual se entregó de forma individual, cara a cara, se solicitó la autorización una ONG donde se reclutaron a los jóvenes participantes. Para la asignación de los grupos se utilizó el paquete estadístico Epidat 3.1 para generar dos grupos con números aleatorios de 77 jóvenes en el grupo de intervención y 77 jóvenes para el grupo control, una vez obtenido los números aleatorios se depositaron en una urna para realizar un sorteo tómbola, para asignar a los participantes al grupo de

intervención y grupo control. La primera sesión de la intervención Respeto M-Salud se realizó en la primera visita y la segunda sesión se realizó a los 14 días con una medición de seguimiento al mes (ver apéndice S).

Medidas de control para Respeto M-Salud.

La intervención se basó a través del uso de los manuales de tarjetas digitales para la consejería, manual del facilitador, manual del prototipo de aplicación móvil y manual del entrenamiento. Dichos manuales ayudaron a garantizar la fidelidad de la intervención.

Tratamiento alterno.

El tratamiento alterno del grupo control fueron dos sesiones de consejería educativa en la prevención del VIH y se realizó pre-test, post-test y medición al mes.

Plan de análisis de datos.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24 para Windows. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lillefors sin embargo, no hubo normalidad por lo que para la comprobación de hipótesis de las variables de interés se utilizó la técnica de Bootstrap, que es usualmente utilizada para obtener una distribución muestral teórica cuando el supuesto de normalidad no es obtenido. La distribución Bootstrap se utilizó para calcular los valores de p y probar las hipótesis del estudio, por tal motivo se decidió utilizar estadística robusta ya que el supuesto de error tipo I que implica descartar la hipótesis nula, las mediciones repetidas garantizan mediante el valor de p que existen diferencias estadísticamente significativas.

Para dar respuesta al objetivo específico uno, se realizó mediante diseño cualitativo que comprendió siete fases.

Para dar respuesta al objetivo específico dos, se realizó mediante una prueba de t pareada para muestras relacionadas, en donde se determinó la diferencia de medias en el pre-test al post-test.

Para dar respuesta al objetivo específico tres, se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple con la técnica de Bootstrap y método de Backward.

Para probar las hipótesis 1, 2, 3, 4, 5 y 6 se realizó un modelo de análisis factorial para mediciones repetidas.

Para dar respuesta a la hipótesis siete se realizó la prueba de hipótesis mediante el estadístico de prueba de Lambda de Wilks, para comprobar la magnitud del efecto discriminante de las variables demográficas.

Consideraciones éticas del estudio.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en atención al Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (SSA, 1987).

De acuerdo con el Artículo 14, Fracción VII se inició la investigación en cuanto se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado (ver apéndice R).

En el reclutamiento y la selección de las participantes, así como durante las sesiones de tratamiento se garantizó el respeto a la dignidad de los participantes, la protección a sus derechos y bienestar de acuerdo con el Artículo 13. Se mantuvo el anonimato de los participantes en una publicación que surgió de la fase cualitativa del presente estudio. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los jóvenes seleccionados y de testigos de acuerdo con el Artículo 14 Fracción V.

Los participantes incluidos recibieron una explicación clara y completa del propósito y procedimientos, posibles riesgos o molestias esperadas y posibles beneficios, de acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV. Se aseguró la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación y la dosis de la intervención Respeto M-Salud, de acuerdo con la Fracción VI. Se les informó

de la libertad de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento que lo consideraran pertinente sin que esto afectara sus intereses personales o que pudiera dar lugar a represalias, en apego a lo estipulado por el Artículo 21, Fracción VII.

Dado que el diseño fue de tipo experimental de esta investigación, debido que se incluyó a dos grupos (experimental y de control), se usó la aleatorización para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y se realizaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los jóvenes participantes de la intervención, de acuerdo con el Artículo 15.

De acuerdo con el Artículo 114 del Título Sexto Capítulo Único, la intervención se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de los participantes del grupo control y experimental, para lo cual el investigador principal y sus colaboradores se capacitaron en la aplicación del protocolo, esto anterior según el Artículo 14, Fracción VI.

Esta investigación se considera con riesgo mínimo de acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, dado que los participantes serán seleccionados en base a un protocolo sistematizado. Los procedimientos serán basados en consejería presencial individual de tipo cara a cara y mediciones en cuestionarios de lápiz y papel. Las sesiones se desarrollarán en un espacio físico con el material necesario, además las sesiones serán guiadas por un facilitador entrenado y capacitado, con el apoyo de personal de psicología, en caso de que se presentara cualquier eventualidad. No se presentó ningún evento o incidencia durante el procedimiento y se garantizaron la seguridad de los procedimientos de acuerdo con el Artículo 21, Fracción 10.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados en función de la etapa cualitativa, etapa pre-experimental y etapa experimental. En la etapa cualitativa se describen los resultados de las primeras siete fases del Modelo ADAPT-ITT, que dan respuesta al objetivo específico uno. En la etapa pre-experimental se presentan los resultados de la fase prueba piloto que dan respuesta al objetivo específico dos y en la etapa experimental se presentan los resultados de la consistencia interna de los instrumentos y pruebas de normalidad para cada una de las variables de estudio. Finalmente, se muestran los resultados de la fase ensayo controlado aleatorizado que dan respuesta al objetivo específico tres y a las hipótesis del presente estudio. Cada una de las etapas muestra las características demográficas de los participantes.

Resultados de la Etapa Cualitativa

En respuesta al objetivo específico uno de adaptar lingüística y culturalmente la Intervención Basada en la Evidencia “Respect” considerando el contexto de los jóvenes con riesgo de VIH y la práctica actual de los proveedores de salud para desarrollar “Respeto M-Salud” se utilizaron las siete primeras fases el modelo ADAPT-ITT que es específico para adaptar intervenciones basadas en la evidencia en VIH.

Fase valoración.

Los resultados que a continuación se presentan son posicionados desde una perspectiva emic. Los participantes predominaron ligeramente del sexo masculino con 55% y 45% femenino, con edad promedio de 22 años, los participantes fueron 67.7% solteros y el 33.3% casados, el 44% con escolaridad profesional, el inicio de vida sexual activa fue en promedio a los 17 años, la media en el número de parejas sexuales fue de cuatro parejas. El 44.4% no utilizó condón en la última relación sexual. En el caso de los

proveedores de salud fueron tres hombres y tres mujeres con un promedio de dos años de experiencia en brindar consejería para la prevención del VIH.

A continuación, se enumeran las principales categorías que se formaron producto del análisis cualitativo de las entrevistas semi-estructuradas con jóvenes y posteriormente se describe cada categoría con el fundamento de la evidencia encontrada en el estudio de campo.

Las categorías principales obtenidas del escrutinio cualitativo de los jóvenes fueron: 1) Necesidades de intervención en los jóvenes, 2) Necesidades del uso de dispositivos móviles, 3) Preferencias de contenido en dispositivos móviles en jóvenes, 4) Principales creencias en los jóvenes para el uso del condón, 5) Principales factores de influencia en los jóvenes para uso del condón y 6) Necesidad de conocimiento del uso correcto del condón. Para el manejo de la evidencia se les asignó las siguientes claves para los trechos de entrevistas: joven (JOV) seguido del número de participante.

Necesidades de intervención en los jóvenes.

Posterior al análisis cualitativo de los datos, se pudo identificar que el tiempo que consideran los jóvenes que debe emplear el proveedor de salud para orientarlos respecto a su salud sexual es de 30 minutos a 60 minutos como lo demuestra la siguiente evidencia: “Yo digo como media hora, una hora” [JOV2, masculino de 18 años]. “Bueno yo siento que sentándote hablar con alguien 30 minutos 1 hora” [JOV5, masculino de 25 años]. “Al menos media hora” [JOV7, femenino de 24 años].

Los jóvenes mostraron la necesidad de estar en dos sesiones como una forma de seguimiento de la primera consejería como lo sustenta la siguiente evidencia: “Me parece mucho mejor dos sesiones a una sola” [JOV7, femenino de 24 años]. “Sería más como y se acomoda a los tiempos de mucha gente” [JOV5, masculino de 25 años]. “Creo que sería bueno o sea no, en una dar la introducción y ya en la siguiente ya lo intentaste que te pareció o bueno das oportunidad a que la persona lo haya intentado, aunque sea una vez y luego si puede hacer algún cambio” [JOV8, femenino de 23 años].

Respecto a las preferencias en cuanto al intervalo de tiempo entre la primera sesión a la segunda sesión los jóvenes mostraron mayor preferencia a los intervalos cortos de tiempo, como lo sustenta la siguiente evidencia: *“Yo digo que a lo mejor en una o dos semanas” [JOV2, masculino de 18 años] “Yo creo que una semana” [JOV8, femenino de 23 años] “Yo diría que menos de una semana, una semana cuando mucho” [JOV5, masculino de 25 años]*. Respecto al tiempo que ocupan los jóvenes para cambiar una de las conductas sexuales de riesgo, mencionaron que podrían hacerlo de inmediato o en días como lo muestra la evidencia: *“No pues depende del tipo de conducta que fuese y de que tan atractivo sea para mí el seguirlo practicando, pero probablemente de una semana” [JOV7, femenino de 24 años] “De inmediato” [JOV4, masculino de 20 años]*.

Necesidades del uso de dispositivos móviles.

Los jóvenes mostraron preferencias y necesidad de que los dispositivos móviles sean parte de la consejería, debido a que consideran que es un recurso en el cual se pueden apoyar cuando ya no están en la consejería o que puede servir como retroalimentación de lo que se vio en la consejería, como lo muestra la siguiente evidencia: *“Es más accesible checar fuera de lo que llevaron en el curso o en las asesorías porque se les olvidó o porque les quedo esa duda pues ahí tiene la información a la mano” [JOV6, masculino 25 años]. “Pues es que hoy en día las tecnologías te sirven y pues el hecho de que tengas un celular puedes ponerles no se algún video, o poner algún tipo de dinámica, o sea ayuda hacerlo un poco más divertido” [JOV8, femenino de 23 años]. “Pues está bien porque nos mantiene interesados” [JOV4, masculino de 20 años]. “Si le prestas una tableta y les estás ayudando a que esté visualizando las cosas, pues es más fácil que si lo sientas a hablarle media hora, no” [JOV5, masculino de 25 años]*.

Preferencias de contenido en dispositivos móviles de jóvenes.

Los jóvenes mencionaron tener algunas preferencias en cuanto al contenido que les gustaría que se integrara con el uso de dispositivos móviles, como es el caso del uso del condón como lo muestra la evidencia; *“Algo para usar condones” [JOV1, femenino de 19 años]. “Yo digo que sería el traer consigo siempre un condón, porque así es como, tú no sabes en que momento vaya a pasar una relación o algo así” [JOV2, masculino de 18 años].* Los jóvenes necesitan información relacionada con el VIH/sida como lo muestra la evidencia: *“Pues sería también estee, mm enfermedades, no sé, o sea que es lo que con cómo se puede contagiar todas las enfermedades nose este que no se ¿se puede detectar una enfermedad? o sea como el VIH pues” [JOV3, masculino de 23 años]. “Por ejemplo, qué hacer en caso de que efectivamente ya tuviste una conducta sexual sin protección, pero pues estas dentro de las 24 a 48 horas siguientes, según yo hay un tratamiento profiláctico que se puede utilizar, pero muy poca gente lo sabe, entonces si hubiera más conocimiento de eso” [JOV5, masculino de 25 años].*

Los jóvenes requieren contenidos con respecto a la negociación del uso del condón y tipos de condones como refiere la siguiente evidencia: *“Tal vez entraría como dentro de tu punto de negociación del condón, pero mostrar todos los tipos de condones que hay y que no mas esta como el de látex transparente feo sin chiste, pues también como mostrar un catálogo es una buena opción” [JOV7, femenino de 24 años]. “Bueno creo que en el rol de promover el uso de la pareja del condón una de las situaciones” [JOV8, femenino de 23 años]. “Como tú este, me convencerías de usar condón en las relaciones y así” [JOV9, femenino de 21 años].*

Principales creencias en los jóvenes para el uso del condón.

Las principales creencias que influyen en los jóvenes para usar condón es la creencia del riesgo de contraer una ITS como el VIH, y evitar un embarazo no planeado como lo muestra la siguiente evidencia: *“Para evitar un embarazo no planeado” [JOV2, masculino de 18 años]. “Que te va a dar el sida” [JOV4, masculino de 20 años]. “En la*

prevención de ETS o el VIH, e la prevención de un embarazo no deseado” [JOV9, femenino de 21 años].

Principales factores de influencia en los jóvenes para uso del condón.

Los jóvenes tienen como principal influencia a los amigos, para el uso del condón, se presenta la siguiente evidencia: *“Creo que, por parte, la familia, e los amigos” [JOV9, femenino de 21 años]. “Más que nada los amigos, porque estamos hablando en un rango de entre 15 a 25 años lo que digan papá y mamá me viene valiendo” [JOV8, femenino de 23 años]. “Los amigos 100% los amigos” [JOV6, masculino 25 años]. “Yo digo que es prevención social de sus pares de sus compañeros” [JOV5, masculino de 25 años].*

De igual forma la pareja resulta otro factor de influencia importante a la hora del uso del condón, como se observa en la siguiente evidencia: *“Si, pues en la mayoría de los casos para empezar, ni siquiera tenemos como autonomía, tenemos respeto propio, entonces dejamos toda la responsabilidad de nuestro cuerpo en las manos de otra persona y así es como viene la pareja a influir completamente en nuestras decisiones” [JOV7, femenino de 24 años]. “Pues si el otro no lo quiere usar, pero pues ya ves es que yo te amo, yo te quiero, eres el único te endulzan el oído y bueno ándale” [JOV8, femenino de 23 años]. “Si porque solemos darle ciertos gustos a la pareja, entonces a veces si la pareja te dice no uses condón porque a mí me gusta sin condón, pues solemos hacerlo” [JOV9, femenino de 21 años].*

Necesidad de conocimiento del uso correcto del condón.

Para que los jóvenes eviten situaciones de riesgo sexual es importante que tengan los conocimientos sobre los pasos para la colocación correcta del condón, porque puede que se proteja al momento de tener relaciones sexuales, pero la mayoría de los jóvenes no sabe los pasos correctos de su uso, lo que propicia situaciones de riesgo ante el VIH: *“Bueno, pues se abre la bolsa no, la de esta y luego se pone y se va haciendo para abajo para que quede bien puesto y pues ya” [JOV 1, femenino de 19 años]. “Ponerlo total o*

sea bien, pero dejar lo de arriba en el ¿Cómo se llama? o sea que no que no esté todo pegado lo de arriba que quede como airecito y bajarlo todo, o sea nada más con las yemas de los dedos” [JOV 2, masculino de 18 años]. “Lo agarras de la punta lo buscas de del lado que vaya bajando lo pones en la punta y vas jalando hasta la base” [JOV6, masculino de 25 años].

A continuación se enumeran las principales categorías que se formaron producto del análisis cualitativo de entrevistas a profundidad con los proveedores de salud y posteriormente se describe cada categoría con el fundamento de la evidencia encontrada en el estudio de campo: 1) Preferencias para brindar consejería de proveedores de salud, 2) Preferencias del uso de dispositivos móviles en proveedores, 3) Recursos de los proveedores de salud para dar la consejería, 4) Perfil de los proveedores de salud, 5) Principales ingredientes de una consejería en jóvenes sobre VIH/sida y 6) Características del entrenamiento proveedores de salud. Para el manejo de la evidencia se le asignó la siguiente clave a la cita textual de entrevistas: proveedores de salud (PRV) seguido del número de participante.

Preferencias para brindar consejería de proveedores de salud.

Respecto a las necesidades de un proveedor para realizar la consejería es de no más de 30 minutos, según la siguiente evidencia: *“Pues yo digo que no debe de durar más de 30 minutos, porque si te vas muy tardado, y pues aparte no alcanzas a trabajar con tanta gente” [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia]. “Yo creo que debería de tomarse no sé 30 minutos tal vez te digo al final de cuentas jóvenes, tiene que ser muy breve, tiene que ser muy específico, en cuestiones de jóvenes tendría que ser más o menos 30 minutos” [PRV3, femenino de 24 años y dos años de experiencia]. “En la consejería como tal yo creo que como unos 25 minutos, 20 minutos está bien” [PRV4, masculino de 30 años y tres años de experiencia].* Los proveedores de salud presentan barreras entorno a las dos sesiones de consejería, tienen mayor preferencia por una sola sesión de consejería como lo muestra la siguiente evidencia: *“Por el tipo de población*

con la que trabajamos, sería un poco complicado, o sea porque, digo nunca lo hemos hecho, eso nunca lo hemos hecho, si lo veo viable, este tendríamos que pilotearlo”

[PRV1, masculino de 32 años y 7 años de experiencia] “Sería muy difícil una el seguimiento del usuario y este como te decía los reportes que se hacen todo eso se me hace muy complicado darle seguimiento, por ejemplo yo atiendo por semana alrededor de 120 personas, imagínate dar 120 seguimientos por semana” [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia]. “Lo veo un poquito complicado por parte de la disponibilidad de ambos de tiempo si la como la participación de los usuarios” [PRV6, femenino de 24 años].

A pesar de que los proveedores de salud presentaron barreras sobre dos sesiones de consejería, se mostraron receptivos para poder aprender de otro tipo de modelo de consejería lo que indicó que están disponibles al cambio: *“Pues yo creo que unas dos horas a lo mejor por día” [PRV4, masculino de 30 años y tres años de experiencia]. “Te digo o sea por eso no habría ningún problema, lo que vaya a durar no pasa nada” [PRV3, femenino de 24 años y dos años de experiencia]. “El tiempo que sea suficiente” [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia].* Respecto a los intervalos de tiempo entre las dos sesiones de consejería los proveedores salud prefieren tiempos cortos de una semana en promedio como lo muestra la siguiente evidencia: *“Desde la experiencia de los procesos terapéuticos, los procesos psicoterapéuticos, pues muchos de ellos son semanales son 7 días” [PRV1, masculino de 32 años y 7 años de experiencia]. “Unas dos semanas” [PRV5, femenino de 27 años y dos años de experiencia]. “Considerando a lo mejor la actividad de la persona yo creo que unos qué te gusta una semana, 7 días más o menos” [PRV3, femenino de 24 años y dos años de experiencia].*

Preferencias del uso de dispositivos móviles en proveedores de salud.

Los proveedores salud están conscientes sobre otras formas de entregar información a los jóvenes y en la posibilidad de que en algún momento la tecnología sea parte cada vez más en los modelos de consejería, la posibilidad de utilizar tecnología móvil en su práctica actual, la consideraron más que pertinente como lo muestra la siguiente evidencia: “A mí me parece espectacular, porque yo, pero tiene que ver porque yo estoy a favor de la tecnologización y la alfabetización tecnológica no, este a mí se me hace una cuestión muy innovadora” [PRV1, masculino de 32 años y 7 años de experiencia]. “Sería práctico por la cuestión de que ahorita muchos utilizan el teléfono [PRV4, masculino de 30 años y tres años de experiencia]. “Yo creo que está bien porque tal vez a veces pues hay personas que entran en crisis, fuera de horarios y tal vez es necesario a veces ese apoyo” [PRV3, femenino de 24 años y dos años de experiencia].

Recursos de los proveedores de salud para dar la consejería.

Los proveedores realizan su práctica actual de consejería bajo condiciones de infraestructura, material y equipo adecuado, situación que propicia y facilita el proceso de adaptación como lo muestra la siguiente evidencia: “Tenemos computadoras tenemos estos celulares tenemos tablets acceso al internet de banda ancha hay dos servidores de internet en la institución” [PRV1, masculino de 32 años y 7 años de experiencia]. “Primeramente, tenemos dos consultorios, destinados para consejería, ya los conociste, en los consultorios, tenemos todo el material necesario, están adaptados para que en ambos hay consejería, en ambos se tienen las mismas reglas de higiene, las mismas normas de seguridad, las formas del RPBI” [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia]. “Pues aquí el espacio de la organización...una hoja guía y pues mi conocimiento, tengo computadora, internet y todo esto” [PRV5, femenino de 27 años y dos años de experiencia].

La institución donde laboran los proveedores salud no utiliza un modelo basado en teórica o evidencia como lo muestra la siguiente evidencia: *“Entre todos nosotros los que tenemos más experiencia generamos un programa de capacitación este qué es el que implementamos ahora a las personas que se capacitan como consejeros y esto se da a raíz de que identificamos de que justamente el proceso de capacitación era muy limitado para algunas personas”* [PRV, masculino de 32 años y 7 años de experiencia].

Perfil de los proveedores de salud.

Los proveedores de salud son empáticos, conocedores de la población a la que atienden con habilidades de comunicación, vinculación y enseñanza como lo muestra la siguiente evidencia: *“Conozco las realidades, conozco las dinámicas, conozco las necesidades de la población el lenguaje o sea que es muy importante y aparte pues este eso me da a mí la posibilidad de este pues de entablar un proceso empatía de comunicación y de vinculación con la persona que se le va a dar consejería”* [PRV1, masculino de 32 años y 7 años de experiencia]. *“Yo por ejemplo por lo menos cada mes tengo que estar en un proceso de actualización”* [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia]. *“No se me dificultaría porque a lo mejor yo ya tengo un poco de entrenamiento”* [PRV4, masculino de 30 años y tres años de experiencia].

Principales componentes de una consejería en jóvenes sobre VIH/sida.

Los proveedores de salud mencionaron componentes esenciales en el modelo de consejería hay puntos a destacar como las recomendaciones de uso del condón, técnicas de lubricación y sensibilización para evitar mayor exposición ante el VIH/sida como lo muestra la siguiente evidencia: *“Hacerle entender el beneficio de utilizar condón, porque hacerle concientizar en que su cuerpo y su salud es personal independientemente de la persona con la que esté y que él vale mucho...de que hay muchas formas de llegar a tener sensibilidad y que no pierdas tu placer a lo mejor no tan invasivo a es que siempre debes usar condón”* [PRV4, masculino de 30 años y tres años de experiencia]. *“Entonces damos toda la información referente al condón, el*

lubricante como se pone, literal le enseñamos como ponérselo, aun así, hay personas que dicen sabes que yo no quiero usar condón, no me gusta, no quiero, cualquier cosa, les damos consejería en reducción de riesgos, bueno la alternativa es el condón femenino, el usar más lubricante, evitar la eyaculación interna, o cualquier cosa no, o sea también están esas alternativas” [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia]. “Sensibilizarlo con su persona y en su cuidado, el decir bueno independientemente de los demás, si tú no te cuidas las consecuencias van directamente en ti y este no sabemos qué pueda pasar hasta dónde vas a llegar independientemente de eso tienes que tener tu cuidado” [PRV3, femenino de 24 años y dos años de experiencia]. “Necesitaría saber primero porque no lo hace, o sea conocer un poco más del chavo o la chava, cuáles son sus motivos por los que no lo quieren usar” [PRV5, femenino de 27 años y dos años de experiencia].

Características del entrenamiento proveedores salud.

Los proveedores de salud prefieren el contacto persona a persona, vivencial, práctico y con contenido teórico que les ayude a afinar las habilidades y aprovechar el máximo el entrenamiento de consejería para sacar el mayor provecho como lo muestra la siguiente evidencia: *“Que no solamente sea de un entrenamiento que sea unos dos, pero más práctico que teórico” [PRV5, femenino de 27 años y dos años de experiencia]. “Tanto practico como teórico digo principalmente” [PRV3, femenino de 24 años y dos años de experiencia]. “Primero tiene que ser con personal capacitado quien lo de, certificado, personal sensible y pues ese entrenamiento tiene que tener como lo básico” [PRV2, masculino de 30 años y 9 años de experiencia]. “Debe ser teórico práctico y vivencial o sea debe una persona que nada más recibe la teoría este pues para empezar puede ser un poco aburrido no” [PRV1, masculino de 32 años y 7 años de experiencia].* Con la saturación teórica de los datos se dio por terminado esta fase.

Fase decisión.

En base a las recomendaciones del Modelo ADAPT-ITT se mantuvieron los elementos centrales de la IBE “Respect” considerados los responsables de la efectividad de la intervención los cuales están descritos en la página 61 y en base a los resultados de la fase valoración se decide adaptar dos sesiones de consejería con duración de 35 minutos la primera sesión y de 30 minutos la segunda sesión aproximadamente con un intervalo entre sesiones de 15 días y se integra como apoyo a la consejería presencial e individual el uso de dispositivos móviles. Para ello se consideró tres elementos clave de la nueva población objetivo donde se adaptará Respeto M-Salud compuesto por: jóvenes, proveedores de salud e institución.

a) Jóvenes

Los jóvenes son usuarios de una ONG dedicada a la detección del VIH mediante la prueba rápida, los usuarios presentan orientaciones diversas como: heterosexuales, homosexuales y bisexuales, presentan un rango de edad de 18 a 35 años y la mayoría acude a solicitar la prueba rápida de VIH.

b) Proveedores de salud

Son colaboradores de la ONG, con al menos dos años de experiencia en brindar consejería sobre prevención del VIH, con rango de edad de los 22 a los 33 años, con escolaridad profesional en el área de la salud.

c) Institución

La institución presenta las condiciones adecuadas para proporcionar servicios de consejería, además cuenta con el mobiliario adecuado, así como consultorios privados y cuentan con equipo de cómputo, así como conexión a internet. Por lo anterior se consideró que los resultados obtenidos en esta fase fueron suficientes de acuerdo con el Modelo de adaptación ADAPT-ITT por lo que se dio por terminada esta fase.

Fase adaptación.

El propósito de esta fase fue capturar las críticas y reacciones inmediatas a la presentación de los componentes de la intervención, para realizarla fue necesario dar a conocer los componentes siguiendo la metodología del modelo ADAPT-IIT en ($n=15$) estudiantes de 18 a 25 años, de los cuales fueron 53.3% femenino y 45.7% masculino, la edad promedio de los participantes fue de 20.47 años.

Los materiales fueron presentados de la siguiente orden.

- 1) Presentación de la IBE “Respect” original
- 2) Material que se mantiene pero que sufre alguna modificación.
- 3) Prototipo de aplicación móvil

En el punto uno el 73.3% de los jóvenes consideró que la pertinencia del contenido de Respeto M-Salud fue adecuado y solo el 13.3% mencionaron que el contenido no era adecuado (ver tabla 3).

Tabla 3

Presentación IBE “Respect” original

Pertinencia de contenido	<i>f</i>	%
Adecuado	11	73.3
No adecuado	2	13.3
No se	2	13.3
Total	15	100.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 15

Con respecto al punto dos el 100% de los participantes estuvieron de acuerdo en el material que se mantiene con modificaciones (ver tabla 4).

Tabla 4

Material que se mantiene con modificaciones

Pertinencia de contenido	<i>f</i>	%
Plan de reducción de riesgo en versión digital	15	100
Tarjetas en versión digital para la consejería	15	100
Total	15	100

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 15

Con respecto al punto tres sobre las críticas y recomendaciones del prototipo de aplicación móvil el 46.7% de los jóvenes indicó que se debería mejorar el diseño, el 26.7% refirió que se debería incluir un juego, el 3% indicó que se debería hacer el prototipo para sistema operativo iOS y Android y 1% indicó que se debería poder descargar la información del prototipo de aplicación móvil (ver tabla 5).

Tabla 5

Crítica sobre el prototipo de aplicación móvil

Pertinencia de contenido	<i>f</i>	%
Diseño	7	46.7
Juegos	4	26.7
Entornos	3	20.0
Otros	1	6.7
Total	15	100.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 15

Con respecto a las recomendaciones de los jóvenes el 40% indicó que se debería agregar información sobre el condón femenino, el 26.7% mencionó que se debería agregar más tecnología, el 20% refirió el tema de violencia de género y el 13% mencionó la necesidad de incluir información sobre la prueba de VIH (ver tabla 6).

Tabla 6

Contenidos sugeridos por los jóvenes

Pertinencia de contenido	<i>f</i>	%
Condón femenino	6	40.0
Violencia de genero	3	20.0
Otras tecnologías	4	26.7
Otros	2	13.3
Total	15	100.0

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, n = 15

En este momento de la adaptación y contando con las críticas y recomendaciones de los jóvenes a los materiales presentados de Respeto M-Salud se dio por terminada la fase adaptación para continuar hacia la fase producción del modelo ADAPT-ITT.

Fase producción.

Se mantuvieron los elementos centrales de la intervención original, posteriormente, lo primero que se realizó para iniciar con el proceso de desarrollo de la primera versión del prototipo de aplicación móvil, fue mapear la intervención en cartulina, el objetivo fue identificar el recorrido del usuario en las dos sesiones de la adaptación de Respeto M-Salud, posteriormente se identificaron a los usuarios finales basados en los resultados de las tres fases anteriores para poder realizar la primera versión del prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud.

Después se decidió sobre las funcionalidades que tendría el dispositivo móvil en función del contenido, las funcionalidades que se seleccionaron fueron en base a las recomendaciones del experto, estas fueron; la reproducción de video, presentación de información y la integración de formularios para manejo de una base de datos de información y una vez identificadas estas funcionalidades se procedió al desarrollo y diseño de las interfaces basados en la usabilidad y experiencia usuario, en donde el diseño está pensado en tratar de hacer el uso del prototipo de aplicación móvil una

experiencia fácil y sencilla de realizar, de forma que el joven tenga una interacción amigable e intuitiva con el uso del prototipo de aplicación móvil, haciendo que las funcionalidades del dispositivo fueran lo más prácticas posibles para que el joven encuentre una utilidad en el apoyo a la consejería de Respeto M-Salud.

(ver figura 14).

Figura 14. Pantallas del prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud

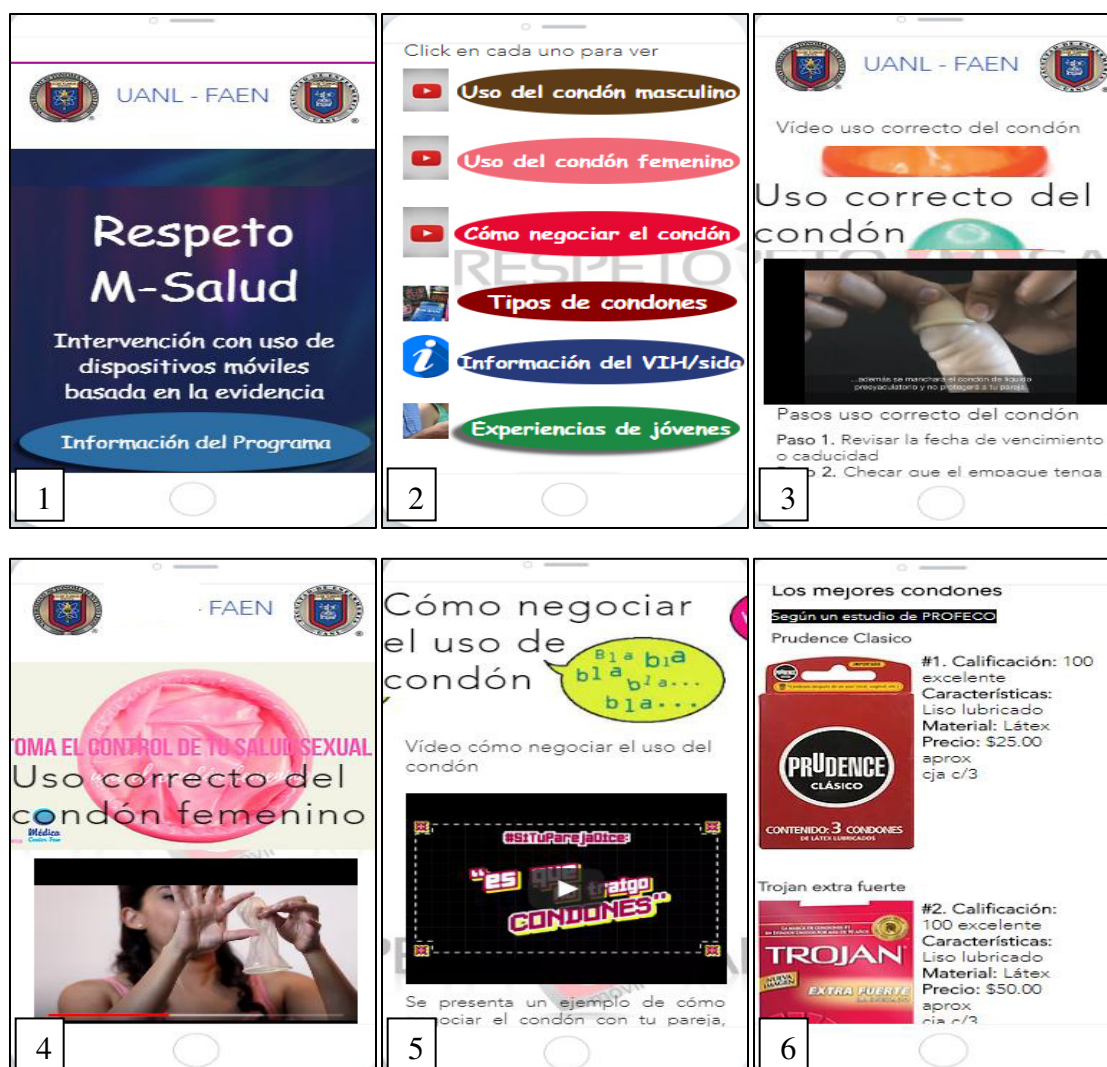


Figura 14. Pantalla de inicio 1, Menú de contenido 2, Uso correcto del condón 3, Uso correcto del condón femenino 4, Cómo negociar el uso de condón 5 y Tipos de condones 6. (continúa)

Figura 14. Pantallas del prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud
(continuación)



Figura 14. Información sobre VIH/sida 7, Experiencias de jóvenes 8 y Plan de reducción de riesgo 9.

Fase expertos revisores

Se sometieron a evaluación los siguientes manuales de intervención en el siguiente orden como se observa en la tabla 7.

Tabla 7

Evaluación de los manuales

Manual	Número de ítems	Evaluación
Manual de tarjetas para la consejería	6	Las preguntas fueron evaluadas en escala tipo Likert desde completamente de acuerdo con un valor de 5 puntos, a completamente en desacuerdo con un valor de 1 punto. A mayor puntaje mayor pertinencia en los contenidos de los manuales de Respeto M-Salud. La media de la evaluación fue de 4.5 lo que indicó que los manuales fueron aprobados por los revisores expertos.
Manual del facilitador	7	
Manual del prototipo móvil	9	

Nota: n = 5

Fase integración.

En una sesión de trabajo se conjuntaron los resultados obtenidos de la fase adaptación y fase expertos revisores, se analizó la pertinencia de toda la información obtenida en dichas fases en base al ajuste en la nueva población de jóvenes con riesgo de VIH, al final de esta fase se obtuvo la segunda versión de Respeto M-Salud y del prototipo de aplicación móvil.

Con la segunda versión del prototipo de aplicación móvil se dio lugar a las pruebas de usabilidad y experiencia usuario. Como se observa en la tabla 8, los siete escenarios con los que se puso a prueba la funcionalidad del prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud.

Tabla 8

Pruebas de usabilidad

Escenario	Problemas de usabilidad	Solución de los problemas de usabilidad
Escenario uno Reconocimiento de la interfaz	Ninguno	n/a
Escenario dos Uso correcto del condón masculino	Tres usuarios presentaron problemas para memorizar los tres primeros pasos para la colocación correcta del condón, mencionando que se debería de redactar los pasos debajo del video como refuerzo de lo que observan en el mismo.	Se enumeraron los pasos del uso correcto del condón masculino

n = 15

(continúa)

Tabla 8.

Pruebas de usabilidad (continuación)

Escenario	Problemas de usabilidad	Solución de los problemas de usabilidad
Escenario tres Uso correcto del condón femenino	Dos usuarios no contestaron la pregunta correctamente atribuyéndolo a que no se especificaban por escrito los pasos.	Se enumeraron los pasos de uso correcto del condón femenino
	Problemas de usabilidad	Solución de los problemas de usabilidad
Escenario cuatro Negociación del uso correcto del condón	Dos usuarios no identificaron las situaciones por las cuales la pareja sexual no quiere usar condón.	Se enumeraron las situaciones y las alternativas de respuesta para negociar el condón con la pareja sexual
Escenario cinco Tipos de condones	Tres usuarios no encontraron alternativa para el condón de látex mencionado problemas con respecto al contraste en los colores de RMS.	Se mejoró el diseño de color, imagen de fondo y letra.
Escenario seis Información sobre el VIH	Ninguno problema identificado	n/a

n = 15

(continúa)

Tabla 8.

Pruebas de usabilidad (continuación)

Escenario seis	Problemas de usabilidad	Solución de los problemas de usabilidad
Escenario siete	Dos usuarios no encontraron la	Se mejoró la
Plan de reducción	forma enviar el plan de	visibilidad del botón
de riesgo	reducción de riesgo	enviar.
	relacionándolo a la falta de	
	visibilidad del botón enviar	

Nota: n = 15

Fase entrenamiento de facilitadores.

El resultado del entrenamiento consistió en cuatro días, en los que se entrenó a cinco facilitadores que fueron los encargados de brindar la intervención de Respeto M-Salud el entrenamiento se basó los primeros dos días de teoría, el tercero de práctica y el último día se hizo una retroalimentación vivencial mediante el uso de videos tutoriales.

Resultados de la Etapa Pre-experimental

Para responder al objetivo específico dos, se realizó un pilotaje con 24 jóvenes de los cuales el 76% fue del sexo masculino y el 14% fue del sexo femenino, la edad promedio de los participantes fue de 24 años y la mayoría reportó dedicarse a estudiar en un 48%. La muestra de jóvenes en promedio tuvo 14 años de educación formal y tuvieron su primera relación sexual a los 18 años en promedio.

Los participantes reportaron en promedio 8 años de uso de dispositivos móviles, el 100% mencionó saber abrir páginas web, que resultó un dato que fortaleció el uso del prototipo de aplicación móvil ya que se alojó en una página web, un dato significativo es que los participantes son de alto riesgo debido a que la mediana en el número de parejas sexuales fue de 7.50 lo que indicó que los jóvenes fueron de alto riesgo al VIH,

finalmente los participantes reportaron en su mayoría identificarse con orientación homosexual en un 56.0% seguido de 32.0%. En la tabla 9, se pueden apreciar otras variables sociodemográficas.

Tabla 9

Variables sociodemográficas de la prueba piloto

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor		<i>(f)</i>	<i>%</i>
				Min	Max		
Tiempo que pasa con su dispositivo móvil	8.13	9.00	4.02	1	16	12	24.0
Total de parejas sexuales	13.17	7.50	17.3	4	70	6	24.0
Parejas sexuales en los últimos 6 meses	3.38	2.00	3.96	1	16	7	28.0

Nota: *n* = Total de muestra, *M* = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *Val. Min* = Valor Mínimo, *Val. Max* = Valor Máximo *f* = Frecuencia, *%* = Porcentaje, *n* = 24

Tabla 10.

Coefficientes Alfa de Cronbach de los instrumentos aplicados

Instrumentos	Reactivos	Coefficiente
		Alfa de Cronbach
Escala de percepción de riesgo para VIH	10	.80
Escala breve de actitud sexual	20	.92
Escala de provisión social VIH	48	.93
Sub-escala de uso correcto de condón con aprobación de la pareja	5	.78
Sub-escala de resultados cognitivos	20	.80
Escala de autoeficacia para prevenir el sida	23	.90

Nota: *n* = 143

(continúa)

Tabla 10.

Coeficientes Alfa de Cronbach de los instrumentos aplicados (continuación)

Instrumentos	Reactivos	Coeficiente Alfa de Cronbach
Escala de problemas y errores en el uso del condón	16	.83
Escala de intenciones de uso del preservativo	4	.79
Sub -escala de barreras percibidas para el uso del condón	7	.84
Cuestionario de comportamiento de sexo seguro	16	.83

Nota: $n = 143$

Se realizó una prueba t pareada para mediciones repetidas con la intención de comprobar si Respeto M-Salud tenía un efecto sobre las variables de interés posterior de brindar los contenidos de la intervención a un grupo de 24 jóvenes.

Los resultados indicaron que las variables: norma de apoyo de la pareja para sexo seguro, autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, intenciones de sexo seguro, conducta sexual segura y barreras percibidas para el uso del condón, mostraron cambios estadísticamente significativos del pre-test al post-test. El resto de las variables que no mostraron valores de p significativos fueron revisadas y mejoradas en consistencia y pertinencia de contenidos para que tuvieran un mayor impacto en el ensayo controlado aleatorizado.

Tabla 11

Resultados de la prueba t pareada de la prueba piloto

Variables	<i>pre-test</i>	<i>post- test</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Susceptibilidad ante el VIH	54.91	61.78	-1.84	.086
Actitud hacia el sexo seguro	39.25	50.33	-2.12	.052
Creencia social para el sexo seguro	63.13	63.13	0.23	.062
Norma de apoyo de la pareja para sexo seguro	28.00	10.33	2.80	.014
Resultado esperado del sexo seguro	11.67	9.11	0.43	.673
Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	64.57	84.20	-2.89	.012
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	15.56	10.42	1.35	.196
Intenciones de sexo seguro	75.00	94.58	-2.79	.014
Conducta sexual segura	68.06	80.83	-3.35	.005
Barreras percibidas para el uso del condón	61.43	23.33	8.84	.001

Nota: n = 24

Resultados de la Etapa Experimental

La muestra estuvo conformada por 154 jóvenes con riesgo de VIH, los cuales fueron aleatorizados, el grupo de intervención fue de 77 jóvenes y el grupo de control con 77 participantes. La tasa de no respuesta fue del 7.1%, $n = 11$ para una muestra final de 143 jóvenes, quedando conformados el grupo de intervención por $n = 72$ y grupo control por $n = 71$.

Figura 15. Esquema CONSORT de selección de participantes

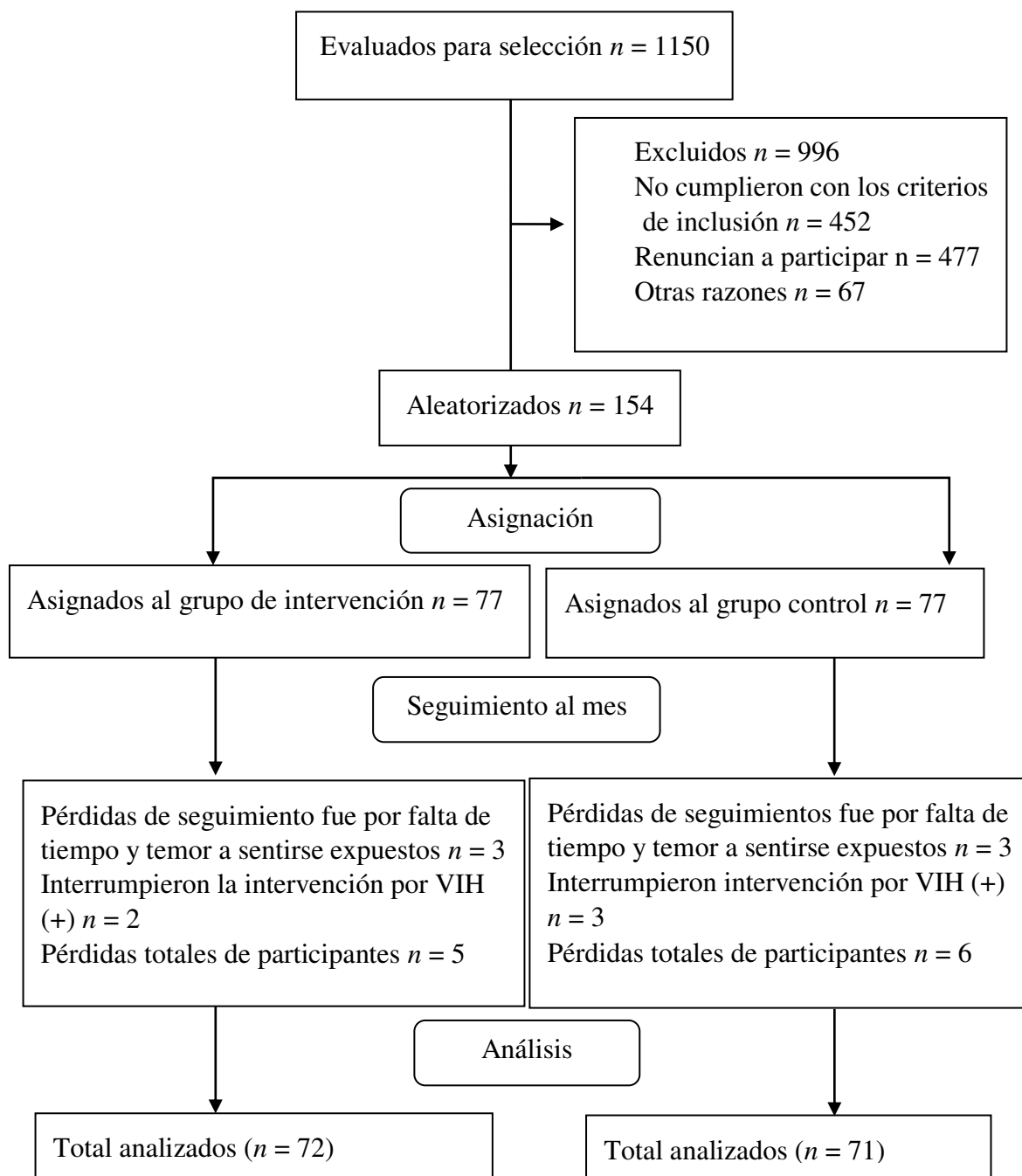


Figura 15. Muestra el flujo de los participantes desde la evaluación para su selección hasta el análisis.

Demográficos.

El promedio de edad fue de 22 años ($DE = 2.21$; $min = 18$, $max = 25$) el 30.1% correspondió al sexo femenino y 69.9% al masculino, 14 años fue el promedio de educación formal ($DE = 3.05$; $min = 6$, $max = 20$). El 46.2% se dedicaba a trabajar como principal ocupación. La mayoría se identificó con orientación homosexual en un 51.7% (ver tabla 12).

Tabla 12

Características sociodemográficas de la etapa experimental

<i>Características</i>	<i>grupo intervención</i>		<i>grupo control</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo				
Femenino	23	32.0	20	28.2
Masculino	49	68.0	51	71.8
Ocupación				
Estudia	22	30.6	22	31.0
Trabaja	31	43.1	12	16.9
Estudia y trabaja	16	22.2	35	49.3
Otro	3	4.1	2	2.8
Orientación sexual				
Heterosexual	27	37.5	20	28.2
Homosexual	35	48.6	39	54.9
Bisexual	8	11.1	11	15.5
Otro	2	2.8	1	1.4

Nota: f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, $n = 143$

Los participantes en promedio iniciaron vida sexual activa a los 17 años ($DE = 2.28$; $min = 10$, $max = 23$), mediana de 10 parejas sexuales en la vida ($DE=19.96$; $min = 1$, $max = 150$), y el 25.9% manifestó haber tenido una ITS previamente. En la tabla 13, se reportan los coeficientes de confiabilidad Alfa de

Cronbach de los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio los cuales fueron aceptables.

Consistencia interna de los instrumentos.

Tabla 13

Coeficiente Alfa de Cronbach de instrumentos aplicados pre-test

Instrumentos	Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de percepción de riesgo para VIH	10	.80
Escala breve de actitud sexual	20	.92
Escala de provisión social VIH	48	.93
Sub-escala de uso correcto de condón con aprobación de la pareja	5	.78
Sub-escala de resultados cognitivos	20	.80
Escala de autoeficacia para prevenir el sida	23	.90
Escala de problemas y errores en el uso del condón	16	.83
Escala de Intenciones de uso del preservativo.	4	.79
Sub -escala de barreras percibidas para el uso del condón	7	.84
Cuestionario de comportamiento de sexo seguro.	16	.83

Nota: n = 143

Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Previo al análisis estadístico inferencial se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors, para comprobar el supuesto de normalidad de las variables involucradas en los objetivos e hipótesis del estudio. Como puede observarse en la tabla 14, 15, 16 y 17, las variables no presentaron distribución normal por lo tanto, se utilizó la técnica de Bootstrap.

Tabla 14

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) variables demográficas

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	D ^a	Valor de <i>p</i>
Edad	22.37	23.00	2.21	18	25	.154	.001
Edad de inicio vida sexual	17.06	17.00	2.28	10	23	1.06	.001

Nota: *M* = media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Val. *Min* = Valor Mínimo
Val. *Max* = Valor Máximo, D^a= Estadístico de la Normalidad, *p* = Valor de *p*

En la tabla 15 se muestran las puntuaciones de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables de interés, los resultados en el pre-test indicaron que no se obtuvo una distribución normal de los datos. También se encontró que las variables: susceptibilidad ante el VIH, actitud hacia el sexo seguro, creencia social para el sexo seguro, autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, intenciones de sexo seguro y la conducta sexual segura, mostraron puntajes por encima de la media de acuerdo con sus respectivas escalas de medición.

Las variables: norma de apoyo de la pareja para sexo seguro, resultado esperado del sexo seguro, conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y las barreras percibidas para el uso del condón, mostraron puntajes por debajo de la media de acuerdo con sus respectivas escalas de medición (ver tabla 15).

Tabla 15

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés pre-test

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	D ^a	Valor de <i>p</i>
Susceptibilidad ante el VIH	54.95	55.26	15.05	11.00	92.00	.064	.020

Nota: *M* = media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Val. *Min* = Valor Mínimo,
Val. *Max* = Valor Máximo, D^a= Prueba de Normalidad, *p* = Valor de *p*

(continúa)

Tabla 15

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés pre-test (continuación)

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	D ^a	Valor de <i>p</i>
Actitud hacia el sexo seguro	45.69	46.25	18.79	10.00	99.00	.058	.020
Creencia social para sexo seguro	64.36	64.06	14.23	25.00	96.00	.047	.020
Norma de apoyo de la pareja para sexo seguro	23.42	20.00	20.74	.00	80.00	.153	.001
Resultado esperado del sexo seguro	11.51	8.33	9.65	.00	45.00	.147	.001
Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	66.62	66.30	21.49	3.00	100.00	.062	.020
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	20.58	20.83	12.47	.00	60.00	.096	.001
Intenciones de sexo seguro	76.66	87.50	26.08	.00	100.00	.185	.001
Barreras percibidas para el uso del condón	32.99	32.14	24.29	.00	86.00	.100	.001
Conducta sexual segura	64.61	64.58	15.80	8.00	100.00	.066	.020

Nota: *M* = media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *Val. Min* = Valor Mínimo, *Val. Max* = Valor Máximo, D^a = Prueba de Normalidad, *p* = Valor de *p*

En la tabla 16, se muestran las puntuaciones de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables de interés, los resultados en el post-test indicaron que las variables no mostraron una distribución normal de los datos. En la misma tabla también se reporta que las variables: susceptibilidad ante el VIH, actitud hacia el sexo seguro, creencia social para sexo seguro, autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura, reportaron puntajes por encima de la media de acuerdo con el nivel de medición de sus respectivas escalas. Las variables; norma de apoyo de la pareja para sexo seguro, resultado esperado del sexo seguro, conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y barreras percibidas para el uso del condón, reportaron puntajes por debajo de la media de acuerdo con sus respectivas escalas de medición (ver tabla 16).

Tabla 16

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés post-test

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	<i>D^a</i>	Valor de <i>p</i>
Susceptibilidad ante el VIH	62.40	55.26	15.05	11.00	92.00	.098	.001
Actitud hacia el sexo seguro	52.11	51.25	20.09	.00	97.00	.048	.020
Creencia social para sexo seguro	68.60	69.79	14.78	26.00	98.00	.051	.020
Norma de apoyo de la pareja para sexo seguro	16.53	5.00	21.41	.00	80.00	.222	.001

Nota: *M* = media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Val. Min = Valor Mínimo, Val. Max = Valor Máximo, *D^a* = Prueba de Normalidad, *p* = Valor de *p* (continúa)

Tabla 16

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés post-test (continuación)

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	<i>D^a</i>	Valor de <i>p</i>
Resultado esperado del sexo seguro	10.10	5.00	14.45	.00	93.00	.276	.001
Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	75.97	82.60	23.38	.00	100.00	.152	.020
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	13.68	8.33	15.06	.00	70.00	.184	.001
Intenciones de sexo seguro	80.94	93.75	25.04	.00	100.00	.255	.001
Barreras percibidas para el uso del condón	26.27	17.85	25.98	.00	100.00	.174	.001
Conducta sexual segura	73.10	77.08	17.97	6.00	100.00	.147	.001

Nota: *M* = media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Val. Min = Valor Mínimo, Val. Max = Valor Máximo, *D^a* = Prueba de Normalidad, *p* = Valor de *p*

En la tabla 17 se presenta el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov en las variables de interés, los resultados indicaron que en el seguimiento al mes las variables no presentaron distribución normal de los datos. En la misma tabla se puede apreciar que las variables; susceptibilidad ante el VIH, actitud hacia el sexo seguro, creencia social para sexo seguro, autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura seguro, reportaron puntajes por encima de la media de acuerdo con el nivel de medición de sus respectivas escalas. Las variables: norma de apoyo de la pareja para sexo seguro, resultado esperado del sexo

seguro, conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y barreras percibidas para el uso del condón, reportaron puntajes por debajo de la media de acuerdo con el nivel de medición de sus respectivas escalas (ver tabla 17).

Tabla 17

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de las variables de interés al mes

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	<i>D^a</i>	Valor de <i>p</i>
Susceptibilidad ante el VIH	64.85	68.42	15.05	11.00	92.00	.11	.001
Actitud hacia el sexo seguro	52.00	50.00	19.66	2.00	96.00	.06	.020
Creencia social para sexo seguro	69.29	69.79	14.76	25.00	99.00	.06	.020
Norma de apoyo de la pareja para sexo seguro	16.56	5.00	21.41	.00	80.00	.27	.001
Resultado esperado del sexo seguro	8.82	5.00	12.42	.00	83.00	.23	.001
Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	77.68	84.78	23.62	15.00	100.00	.16	.001
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	13.76	8.33	15.83	.00	75.00	.19	.001
Intenciones de sexo seguro	81.03	93.75	24.42	.00	100.00	.25	.001
Barreras percibidas para el uso del condón	24.92	17.85	26.00	.00	92.00	.19	.001
Conducta sexual segura	73.71	77.08	18.86	17.00	100.00	.13	.001

Nota: *M* = media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Val. Min = Valor Mínimo, Val. Max = Valor Máximo, *D^a* = Prueba de Normalidad, *p* = Valor de *p*

Predictores de las intenciones de sexo seguro.

Para responder al objetivo específico tres de determinar los predictores de las intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH en el post-test y al mes, se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple con la técnica de Bootstrap y método de Backward, el primer modelo del post-test resultó significativo $F(4, 142) = 26.45$, ($p < .001$). Los resultados mostraron que los predictores para la variable intenciones de sexo seguro en el post-test fueron el grupo de intervención ($\beta = -.26.07$, $p < .001$), la creencia social para el sexo seguro ($\beta = .38$, $p < .001$), los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón ($\beta = -.38$, $p < .001$) y el sexo masculino ($\beta = -7.18$, $p < .05$) las cuales explicaron el 40.4% de la varianza (ver tabla 18).

Tabla 18

Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de las intenciones de sexo seguro mediante la técnica de Bootstrap post-test

post-test	β	Valor de p	IC 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Grupo de intervención	-26.07	.001**	-32.43	-19.71
Creencia social para el sexo seguro	.38	.001**	.14	.62
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	-.38	.001**	-.65	-.11
Sexo masculino	-7.18	.005*	- .27	-14.08

Nota: $n = 143$; * $p < .005$, ** $p < .001$, IC = Intervalo de confianza

En la medición al mes de los predictores de las intenciones de sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH, el modelo de regresión lineal múltiple también resultó significativo $F(1, 142) = 57.71$, ($p < .001$). Los predictores para las intenciones de sexo seguro fueron las variables susceptibilidad ante el VIH ($\beta = .30$, $p < .001$), la variable

norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro ($\beta = -.33, p < .001$), conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón ($\beta = -.42, p < .001$), barreras percibidas para el uso del condón ($\beta = -.12, p < .005$) y la variable autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro ($\beta = .16, p < .005$), las cuales explicaron el 66.6% de la varianza en las intenciones al mes (ver tabla 19).

Tabla 19

Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de las intenciones de sexo seguro mediante la técnica de Bootstrap al mes

Seguimiento al mes	β	Valor de p	IC 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Susceptibilidad ante el VIH	.30	.001**	.16	.45
Norma de apoyo de la para el sexo seguro	-.33	.001**	-.49	-.17
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	-.42	.001**	-.65	-.19
Barreras percibidas para el uso del condón	-.12	.005*	-.23	-.01
Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	.16	.005*	.01	.31

Nota: $n = 143$; * $p < .005$, ** $p < .001$, IC = Intervalo de confianza.

Predictores de la conducta sexual segura.

En la variable conducta sexual segura se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple con la técnica de Bootstrap y Backward, el modelo resultó estadísticamente significativo $F(6, 142) = 38.22, (p < .001)$. Los predictores fueron la susceptibilidad ante el VIH ($\beta = -.13, p < .005$), creencia social para sexo seguro ($\beta = .18, p < .005$), conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón

($\beta = -.19, p < .005$) y las intenciones de sexo seguro ($\beta = .11, p < .001$), las cuales explicaron el 61.1% de la varianza (ver tabla 20).

Tabla 20

Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de la conducta sexual segura mediante la técnica de Bootstrap post-test

post-test	β	Valor de p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Susceptibilidad ante el VIH	-.13	.005*	-.26	-.00
Creencia social para sexo seguro	.18	.005*	.03	.33
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	-.19	.005*	-.35	-.03
Intenciones de sexo seguro	.11	.001**	.03	.19

Nota: $n = 143$; * $p < .005$, ** $p < .001$

En la medición al mes de la variable conducta sexual segura, el modelo de regresión lineal múltiple resultó estadísticamente significativo $F(4, 142) = 59.10$, ($p < .001$). Los predictores fueron los variables conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón ($\beta = -.42, p < .001$), barreras percibidas para el uso del condón ($\beta = -.17, p < .001$) susceptibilidad ante el VIH ($\beta = .22, p < .001$) y norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro ($\beta = -.21, p < .005$), las cuales explicaron el 62.1% de la varianza (ver tabla 21).

Tabla 21

Modelo de regresión lineal múltiple; predictores de la conducta sexual segura mediante la técnica de Bootstrap al mes

mes	β	Valor de p	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	-.42	.001**	-.60	-.24
Barreras percibidas para el uso del condón	-.17	.001**	-.25	-.08
Susceptibilidad ante el VIH	.22	.001**	.10	.34
Norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro	-.21	.005*	-.32	-.09

*Nota: n=143; * $p < .005$, ** $p < .001$*

Resultados por hipótesis.

Para responder a la hipótesis uno que establece que los jóvenes que participaron en “Respeto M-Salud” reportan mayor susceptibilidad ante el VIH y mayor actitud hacia el sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, se realizó un modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas, el cuál fue estadísticamente significativo para la variable susceptibilidad ante el VIH en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 39.99$, ($p < .001$), los resultados indicaron mayores puntajes en las medias en el pre-test $M = 54.93$ ($DE = 1.78$), en el post-test $M = 74.12$ ($DE = 1.60$) y al mes $M = 78.01$ ($DE = 1.39$) lo que significó una mayor percepción de susceptibilidad ante el VIH, los resultados también fueron estadísticamente significativos en el factor grupo de intervención (Ver apéndice T). Los resultados en el grupo control no fueron significativos, en el pre-test $M = 55.01$ ($DE = 1.79$), post-test $M = 50.51$ ($DE = 1.62$) y al mes $M = 51.60$ ($DE = 1.40$), (figura 16).

Figura 16. Comparativa de los tratamientos en la variable susceptibilidad ante el VIH

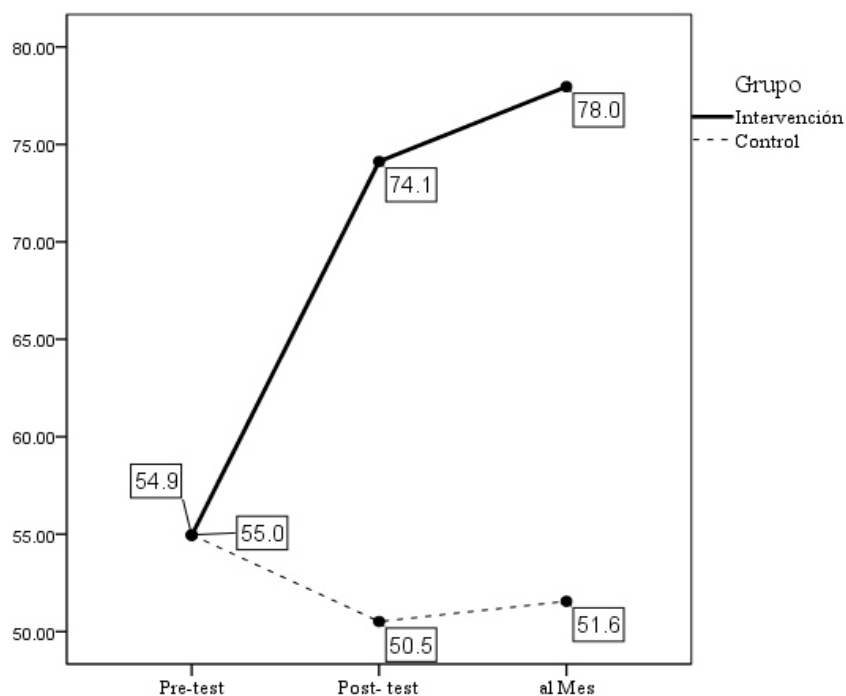


Figura 16. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para la variable actitud hacia el sexo seguro el modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas fue estadísticamente significativo en el factor tiempo en el grupo de intervención $F(2, 140) = 18.74$, ($p < .001$). Los resultados mostraron mayores puntajes en las medias en el pre-test $M = 46.70$ ($DE = 2.22$), post-test $M = 60.50$ ($DE = 2.15$) y al mes $M = 61.05$ ($DE = 2.03$) lo que indicó mayor actitud hacia el sexo seguro, los resultados también fueron estadísticamente significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice U). En el grupo control no se reportó significancia estadística en las mediciones del pre-test $M = 44.70$ ($DE = 2.23$), post-test $M = 43.67$ ($DE = 2.17$) y al mes $M = 42.41$ ($DE = 2.04$). Por lo que al comprobarse las diferencias significativas en el grupo de intervención se rechaza la hipótesis sin diferencias y se acepta la hipótesis de investigación (ver figura 17).

Figura 17. Comparativa de los tratamientos en la variable actitud hacia el sexo seguro

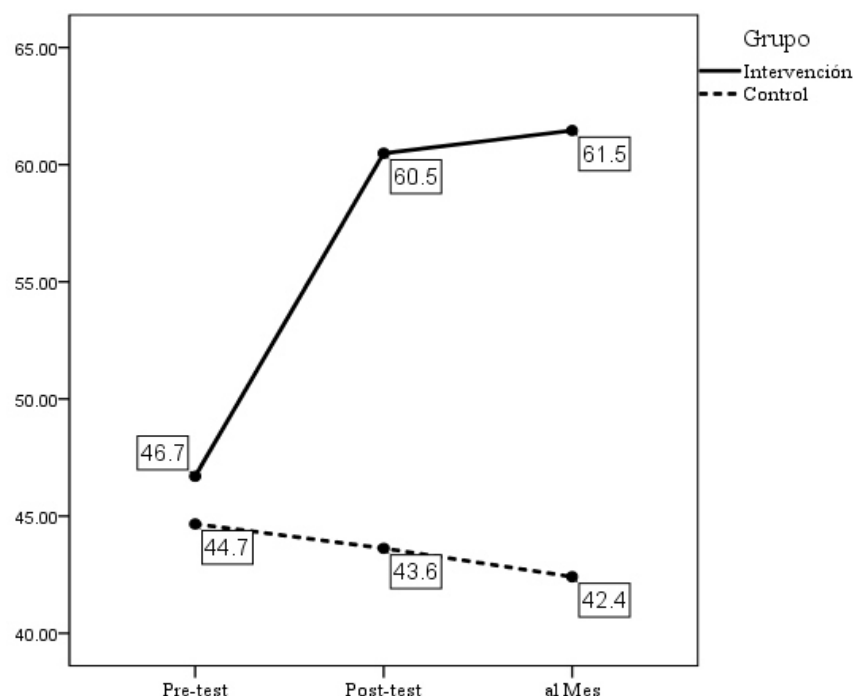


Figura 17. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para responder a la hipótesis dos que establece que los jóvenes que participaron en “Respeto M-Salud” reportan mayor creencia social para el sexo seguro y norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, se realizó un modelo de análisis factorial multivariado para medidas repetidas, el cuál fue estadísticamente significativo en la variable creencia social para el sexo seguro en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 22.57, (p < .001)$, los resultados mostraron un mayor puntaje en las medias en el pre-test $M = 65.80 (DE = 1.67)$, post-test $M = 75.13 (DE = 1.56)$ y al mes $M = 77.30 (DE = 1.46)$, lo que se traduce en una mayor percepción de apoyo social para la práctica del sexo seguro, los resultados también fueron estadísticamente significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice V). Los resultados del grupo control no

se reportaron como significativos, con puntuaciones en medias en el pre-test $M = 62.93$ ($DE = 1.68$), post-test $M = 62.00$ ($DE = 1.57$) y al mes $M = 61.20$ ($DE = 1.47$) (ver figura 18).

Figura 18. Comparativa de los tratamientos en la variable creencia social para el sexo seguro

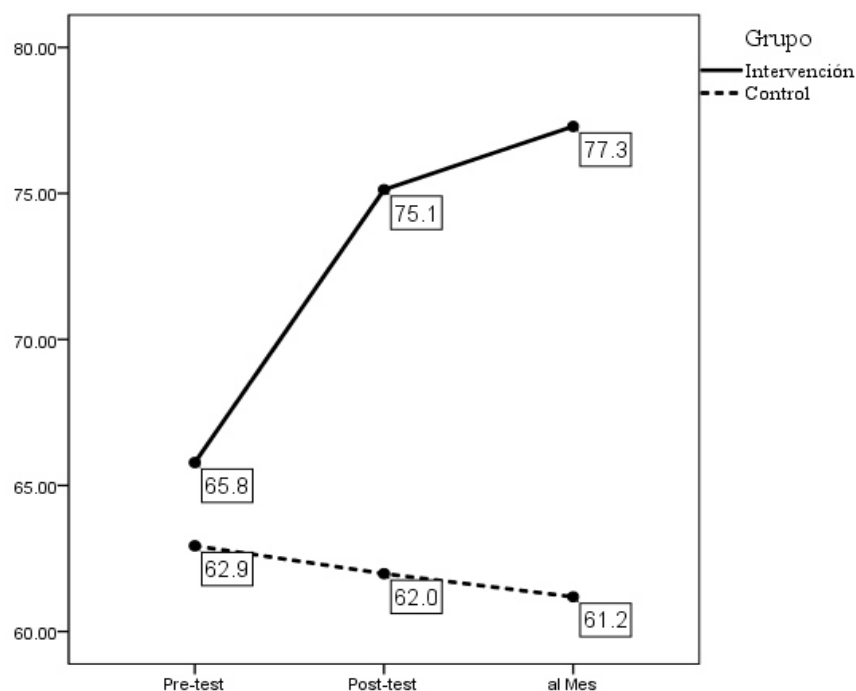


Figura 18. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para la variable norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro el modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas fue estadísticamente significativo en el factor tiempo en el grupo de intervención $F(2, 140) = 16.86$, ($p < .001$). Los resultados indicaron menores puntajes en las medias en el pre-test $M = 23.30$ ($DE = 2.45$), post-test $M = 5.83$ ($DE = 2.18$) y al mes $M = 2.63$ ($DE = 1.85$), lo que significó que a menor puntaje es mayor la percepción de apoyo de la pareja para el sexo seguro, los resultados también fueron estadísticamente significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice W). En el grupo control no se reportaron diferencias significativas en las mediciones del pre-test $M = 23.60$ ($DE = 2.47$), post-test $M = 27.40$

($DE = 2.20$) y al mes $M = 24.64$ ($DE = 1.86$). Por lo tanto, al comprobarse las diferencias significativas en el tratamiento de intervención se rechaza la hipótesis sin diferencias y se acepta la hipótesis de investigación (ver figura 19).

Figura 19. Comparativa de los tratamientos en la variable norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro

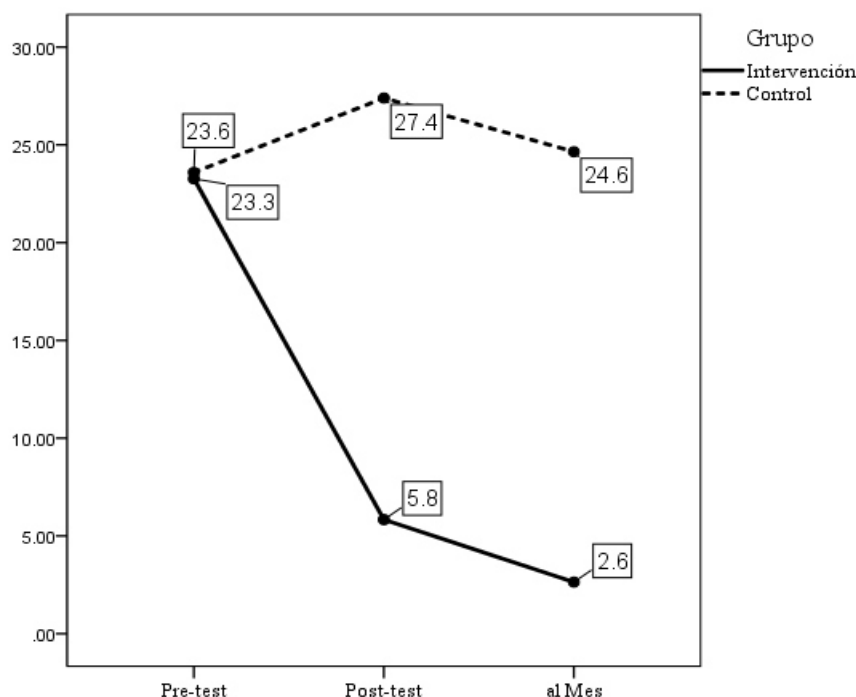


Figura 19. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para responder a la hipótesis tres que establece que los jóvenes que participaron en “Respeto M-Salud” reportan mayor resultado esperado del sexo seguro y una mayor autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, se realizó un modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas el cuál fue estadísticamente significativo para la variable resultado esperado del sexo seguro en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 10.17$, ($p < .001$), los resultados indicaron menores puntajes en las medias en el pre-test $M = 10.60$ ($DE = 1.36$), post-test $M = 4.30$ ($DE = 1.56$) y al mes $M = 2.22$ ($DE = 1.24$) lo que se traduce en menores resultados negativos del sexo

seguro, los resultados también fueron estadísticamente significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice X). En el grupo control, las mediciones no fueron significativas en el pre-test $M = 12.50$ ($DE = 1.14$), post-test $M = 16.00$ ($DE = 1.57$) y al mes $M = 15.51$ ($DE = 1.24$) (ver figura 20).

Figura 20. Comparativa de los tratamientos en la variable resultado esperado del sexo seguro

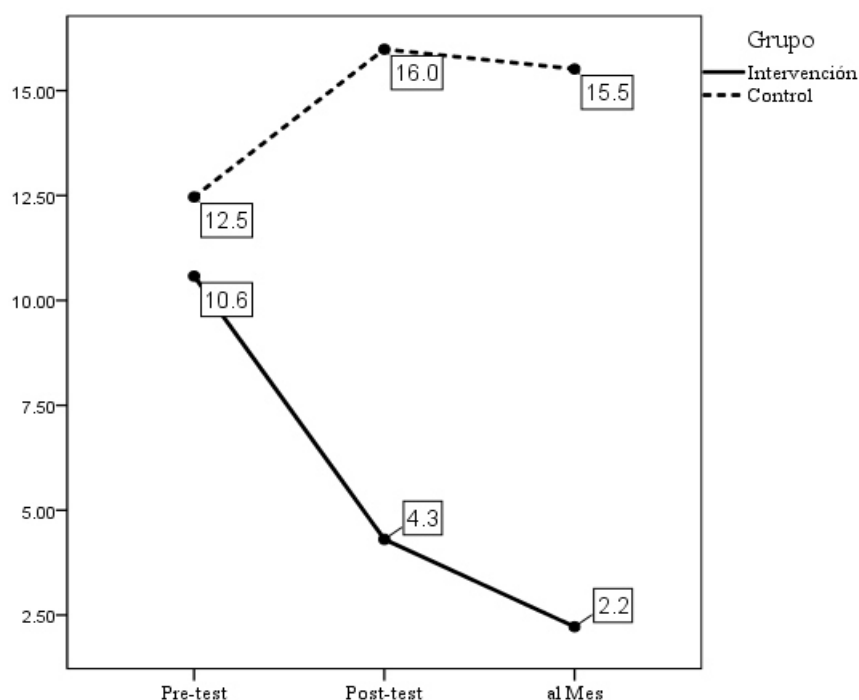


Figura 20. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para la variable autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas el cuál fue estadísticamente significativo en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 39.12$, ($p < .001$), los resultados mostraron mayores puntajes en las medias en el pre-test $M = 67.13$ ($DE = 2.54$), post-test $M = 87.84$ ($DE = 2.37$) y al mes $M = 89.90$ ($DE = 2.24$), lo que se traduce en un mayor nivel de autoeficacia percibido, los resultados también fueron significativos en el factor grupo de intervención

(ver apéndice Y). En comparación con el grupo control, los resultados no fueron estadísticamente significativos en el pre-test $M = 66.10$ ($DE=2.56$), post-test $M = 63.93$ ($DE = 2.39$) y al mes $M = 65.32$ ($DE = 2.26$). Por lo que mediante las mediciones repetidas al comprobarse las diferencias significativas en el tratamiento de intervención se rechaza la hipótesis sin diferencias y se acepta la hipótesis de investigación (ver figura 21).

Figura 21. Comparativa de los tratamientos en la variable autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro

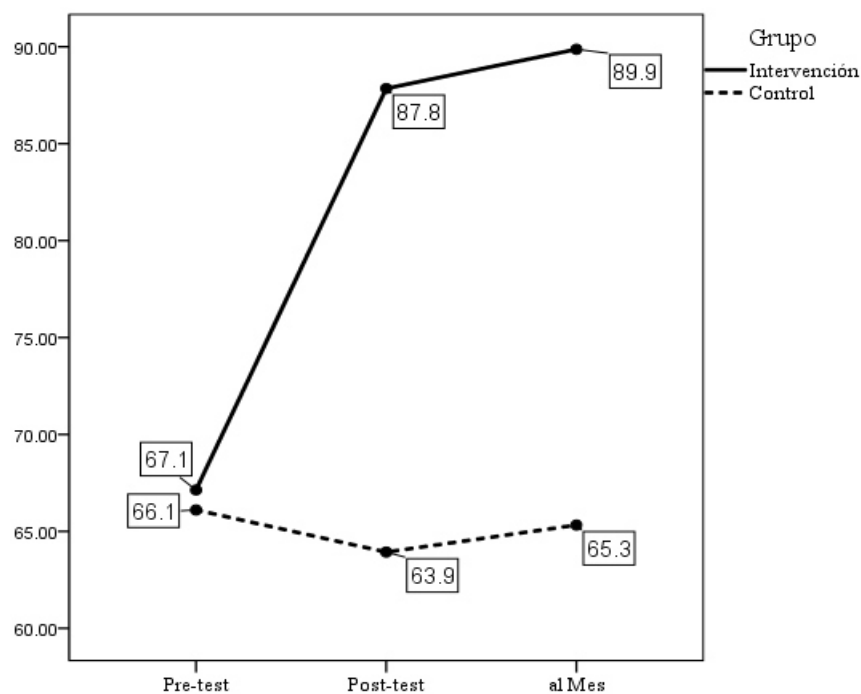


Figura 21. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para responder a la hipótesis cuatro que establece que los jóvenes que participaron en “Respeto M-Salud” reportan mayores conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y reportan menores barreras percibidas para el uso del condón al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, se realizó un modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas, resultando estadísticamente significativo en el factor tiempo en el grupo de

intervención $F(2, 140) = 31.48$, ($p < .001$), los resultados indicaron menores puntajes en las medias para la variable conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón en el pre-test $M = 20.22$ ($DE = 1.47$), post-test $M = 4.10$ ($DE = 1.36$) y al mes $M = 2.31$ ($DE = 1.27$) lo que significó menores problemas y errores en el uso del condón, los resultados también fueron significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice Z). En comparación con el grupo control, los resultados no se reportaron como significativos en el pre-test $M = 21.00$ ($DE = 1.48$), post-test $M = 23.44$ ($DE = 1.37$) y al mes $M = 25.40$ ($DE = 1.28$) (ver figura 22).

Figura 22. Comparativa de los tratamientos en los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón

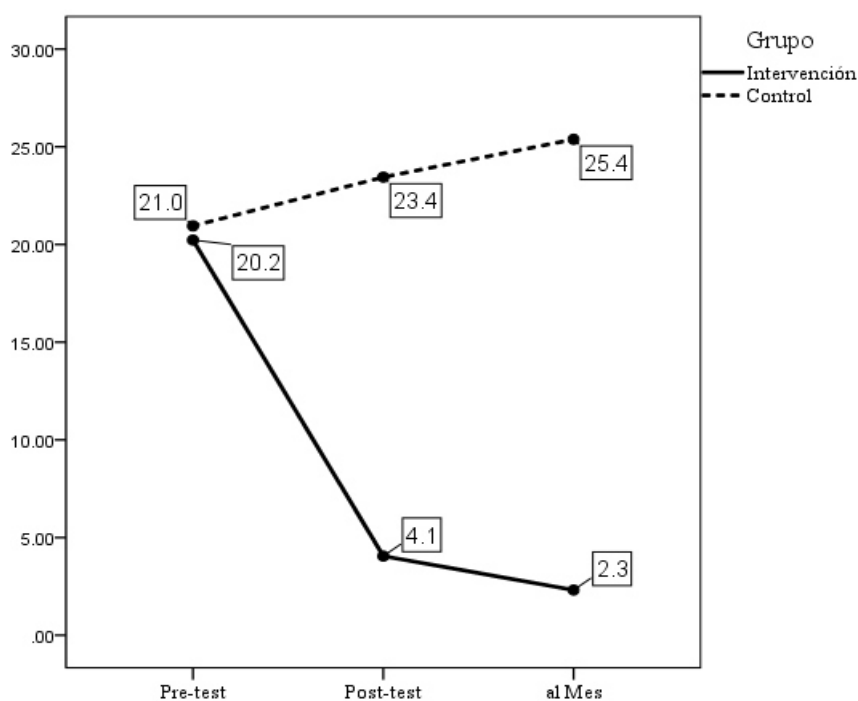


Figura 22. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para la variable barreras percibidas para el uso del condón, el modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas resultó estadísticamente significativo en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 16.57$, ($p < .001$).

Los resultados indicaron menores puntajes en las medias para el grupo de intervención en el pre-test $M = 33.00$ ($DE = 2.86$), post-test $M = 10.61$ ($DE = 2.43$) y al mes $M = 7.00$ ($DE = 2.20$) lo que indicó que los jóvenes tuvieron menores barreras para el uso del condón, los resultados fueron también significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice AA), Por su parte el grupo control no mostró diferencias significativas en las mediciones del Pre- test $M = 37.00$ ($DE = 2.88$) post-test $M = 42.20$ ($DE = 2.45$) y al mes $M = 43.10$ ($DE = 2.22$). Por lo que mediante las mediciones repetidas al comprobarse las diferencias significativas en el tratamiento de intervención se rechaza la hipótesis sin diferencias y se acepta la hipótesis de investigación (ver figura 23).

Figura 23. Comparativa de los tratamientos en las barreras percibidas para el uso del condón

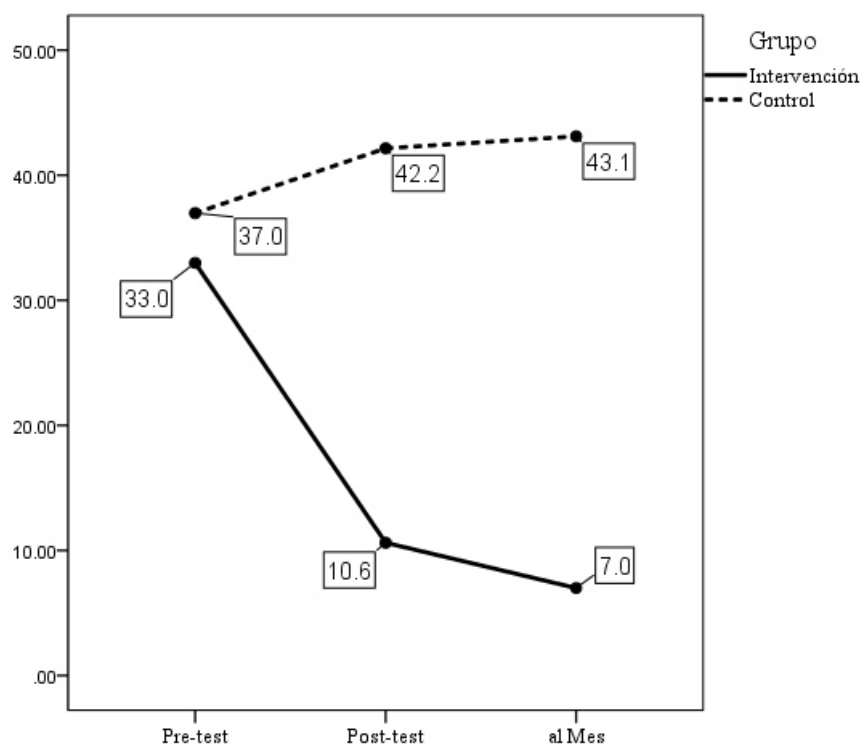


Figura 23. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para responder a la hipótesis cinco que establece que los jóvenes que participaron en “Respeto M-Salud” reportan mayores intenciones de sexo seguro al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, se realizó un modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas, resultando estadísticamente significativo en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 2.52$, ($p < .001$), los resultados indicaron mayores puntajes en las medias en el pre-test $M = 78.50$ ($DE = 3.07$), post-test $M = 94.70$ ($DE = 2.46$) y al mes $M = 95.74$ ($DE = 2.29$) lo que se traduce en una mayor probabilidad de uso del preservativo, los resultados fueron consistentemente significativos en el factor grupo de intervención (ver apéndice BB). En comparativa con el grupo control los resultados no fueron significativos en el pre-test $M = 74.82$ ($DE = 3.09$), post-test $M = 67.00$ ($DE = 2.48$) y al mes $M = 66.10$ ($DE = 2.30$) (ver figura 24).

Figura 24. Comparativa de los tratamientos en las intenciones de sexo seguro

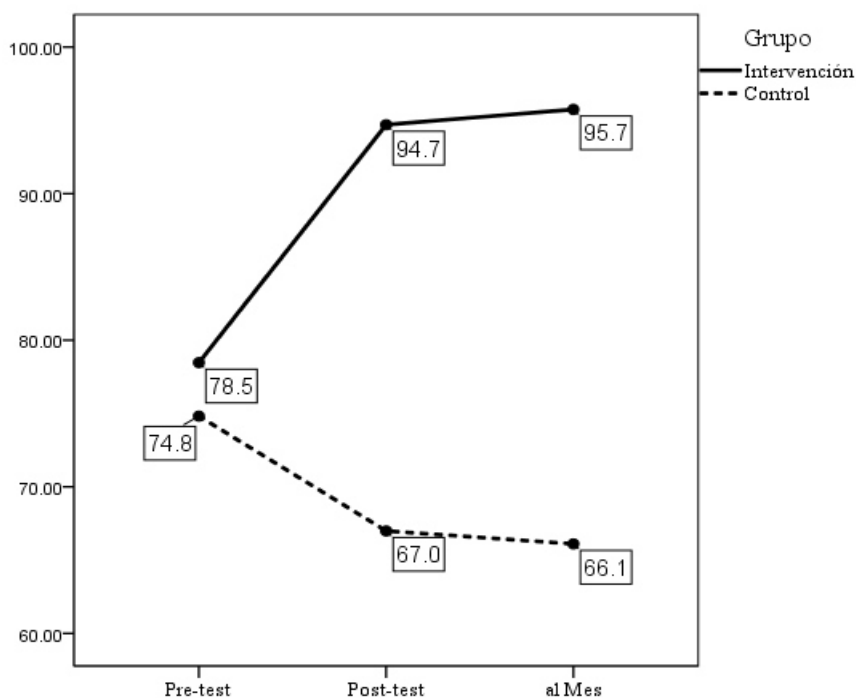


Figura 24. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para responder a la hipótesis seis que establece que los jóvenes que participaron en “Respeto M-Salud” reportan mayor conducta sexual segura al post-test y al mes respecto a los jóvenes que no participaron en la intervención, se realizó un modelo de análisis factorial multivariado para mediciones repetidas, arrojando un resultado estadísticamente significativo en el factor tiempo para el grupo de intervención $F(2, 140) = 40.49$, ($p < .001$). Los resultados indicaron mayores puntajes en las medias, en el pre-test $M = 64.80$ ($DE = 1.86$), post-test $M = 85.33$ ($DE = 1.54$) y al mes $M = 87.40$ ($DE = 1.52$) lo que significó una mayor constancia del uso de prácticas sexuales seguras, los resultados también mostraron significancia estadística en el factor grupo de intervención (ver apéndice CC). En comparativa con el grupo control las mediciones no se reportaron como significativas en el pre-test $M = 64.43$ ($DE = 1.88$), post-test $M = 60.71$ ($DE = 1.55$) y al mes $M = 59.90$ ($DE = 1.53$) (ver figura 25).

Figura 25. Comparativa de los tratamientos en la conducta sexual segura

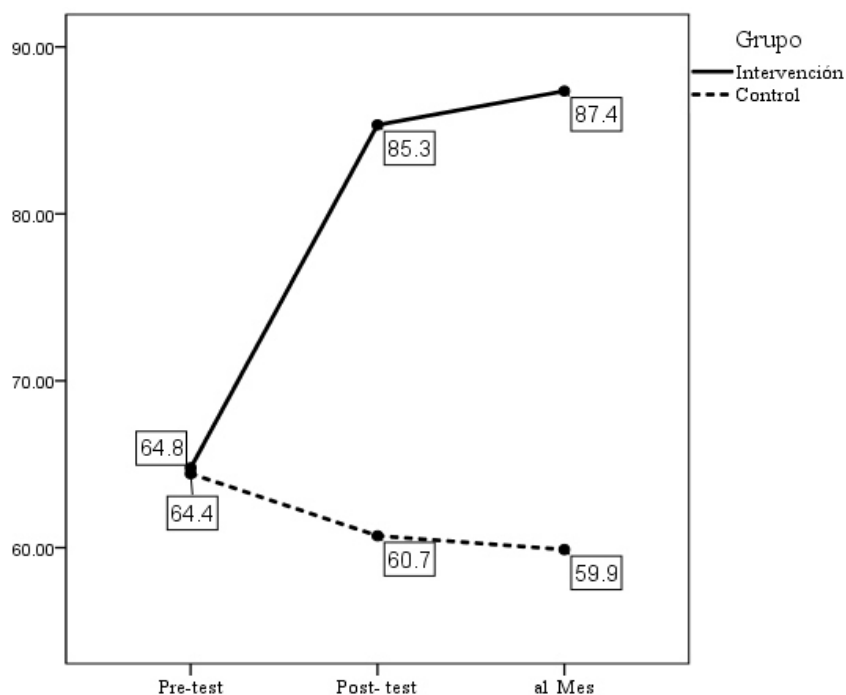


Figura 25. Muestra los puntajes de las medias para ambos grupos.

Para responder a la hipótesis siete que establece si el efecto de Respeto M-Salud esta moderado por sexo, edad e inicio de la relación sexual, para lo cual se realizó una prueba de hipótesis mediante el Test de Lambda de Wilks, para comprobar la magnitud del efecto discriminante en donde los resultados mostraron que la edad $F(2,136)= 1.56, p = .214$), el sexo $F(2, 1.36) = .90, (p = .408)$ y el inicio de vida sexual activa $F(2, 1.36) = 1.90, (p = .153)$ no fueron estadísticamente significativos en el efecto discriminante para la variable de intenciones de sexo seguro. Por su parte la edad, $F(2, 1.36) = .64, (p = .214)$, el sexo $F(2, 1.36) = .99, (p = .744)$ y el inicio de vida sexual $F(2, 1.36) = .96, (p = .086)$ no fueron estadísticamente significativos en el efecto discriminante en la variable de conducta sexual segura por lo que la hipótesis de investigación se rechaza y se acepta la hipótesis nula ya que las variables no mostraron ningún efecto moderador.

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se realiza la discusión de los resultados obtenidos en el presente estudio y en base al Modelo Conductual Integrado se fundamentan las interpretaciones de los hallazgos. El IBM incluye variables del Modelo de Creencias en Salud (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, y Velicer, 1994), de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 2010), de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2005; Fishbein & Ajzen, 2010) y de la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1994). Se discuten los resultados empezando por los objetivos específicos, posteriormente se discuten las hipótesis para finalizar con el objetivo general.

En función de los hallazgos encontrados en el primer objetivo específico de adaptar lingüística y culturalmente la IBE original “Respect” considerando el contexto de los jóvenes con riesgo de VIH y la práctica actual de los proveedores de salud, para desarrollar Respeto M-Salud. Se puede decir que la etapa cualitativa basada en las siete primeras fases (valoración, decisión, adaptación, producción, expertos revisores, integración y entrenamiento de facilitadores) del modelo ADAPT-ITT, permitió adaptar de forma adecuada la intervención Respeto M-Salud.

En la fase de valoración se encontró que los jóvenes tuvieron una necesidad de tiempo de consejería de 35 minutos aproximadamente, y esto se explica debido a que los jóvenes acudieron a la ONG por la percepción de riesgo ante la posibilidad de contraer VIH ocasionada por sus conductas sexuales de riesgo recientes, esta situación fue consistente con un estudio de Armstrong, LaPlante, Altice, Copenhaver y Molina (2015) en donde los autores reportaron que los jóvenes necesitan un tiempo de consejería de 40 minutos aproximadamente para asesoría sobre sexualidad. En esta misma fase otro hallazgo fue que los jóvenes prefirieron dos sesiones de consejería debido a que en una sola sesión no pueden aclarar todas sus dudas con respecto a la CSR. Sin embargo lo encontrado en este estudio con respecto a la preferencia de dos sesiones de consejería no

concuenda con lo citado por Rushing y Gardner (2016), en donde en un estudio de adaptación similar reportaron que los jóvenes necesitaron más de dos sesiones de consejería para clarificar dudas y situaciones relacionadas con sus prácticas sexuales.

En la fase decisión el hallazgo fue haber estudiado a población realmente en riesgo de VIH debido a que la mayoría de los jóvenes se identificaron con orientación homosexual y esto es consistente con la situación actual del VIH/sida en México debido a que este problema se considera como epidemia concentrada en grupos como los hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, usuarios de drogas inyectables y trabajadores del sexo comercial, por lo que se puede decir que la fase de decisión fue adecuada ya que se centró en atender a un grupo vulnerable ante el VIH/sida, esta situación fue consistente con lo reportado por organismos a nivel nacional y mundial en donde recomiendan dirigir las intervenciones a los grupos más afectados sobre todo en los jóvenes (CENSIDA, 2014a; OMS, 2015).

En la fase adaptación el hallazgo fue que los jóvenes encontraron que los contenidos de la intervención Respeto M-Salud y las adaptaciones que se realizaron en cuanto al manejo del plan de reducción de riesgo de forma digital y las tarjetas digitales para la consejería fueron bien valoradas, incluso con la innovación del desarrollo y diseño del prototipo de aplicación móvil los jóvenes se mostraron receptivos en la idea de integrar como apoyo un componente de tecnología sobre todo en temas de sexualidad, esta participación reflejada por los jóvenes fue consistente con lo reportado por Head et al. (2013) en donde refieren que el uso de la tecnología hace que los participantes de una intervención se encuentren más interesados en el tema.

En la fase producción el hallazgo más importante fue que el prototipo de aplicación móvil fue una estrategia fácil de utilizar en la encomienda de apoyar al modelo de consejería presencial de Respeto M-Salud. El prototipo de aplicación móvil basado en Lenguaje Marcado de Hipertexto fue bien valorada por los jóvenes con riesgo de VIH en las pruebas de usabilidad y experiencia usuario, esto se puede explicar debido

a que los jóvenes pudieron resolver dudas específicas y tuvieron acceso a información que percibieron adecuada, por lo que encontraron en el prototipo de aplicación móvil una utilidad, este hallazgo fue similar en un estudio donde se comprobó que los contenidos personalizados en base a metodologías centradas en la experiencia de los usuarios resultó pertinente y fue bien aceptada en los jóvenes (Ramanathan, Swendeman, Comulada, Estrin, & Rotheram-Borus, 2013).

En la fase expertos revisores el hallazgo fue que las recomendaciones que se obtuvieron fueron en el aspecto lingüístico, un ejemplo de ello fue evitar las palabras que usualmente se utilizan en temas de VIH como “infectado” y en cambio recomendaron la palabra “contraer” otro ejemplo es evitar la palabra en mayúsculas “SIDA” y en su lugar utilizar la palabra en minúsculas “sida.” Esto se puede explicar debido a que la palabra infectado o SIDA denota un aspecto superlativo o adjetivos que pudieran provocar estigmatización, discriminación o miedo, por lo cual los expertos recomendaron evitar en lo posible este tipo de lenguaje (UNESCO, 2008).

Además otro dato significativo, fue que los expertos mencionaron que los manuales de intervención deberían seguir un orden cuando se realizara el entrenamiento, recomendaron que el primer manual que deberían ver los facilitadores es de tarjetas digitales para la consejería, porque ese manual brinda una mayor claridad a lo que se pretende lograr en la consejería, y posteriormente que se presentará el manual del facilitador, manual del prototipo de aplicación móvil y finalmente el manual del entrenamiento. Esto anterior fue reportado por Rushing y Gardner (2016), en un estudio similar los expertos realizaron recomendaciones a la adaptación que fueron fundamentales en el proceso de ajustar la intervención a la nueva población objetivo.

En la fase integración el hallazgo fue que en base a una organización adecuada que permitió conformar los contenidos del uso correcto del condón femenino y el desarrollo de un juego basado en segunda dimensión para de esta manera aumentar el interés de los jóvenes con riesgo de VIH en la intervención Respeto M-Salud, esta

situación fue similar en un estudio en donde los videos y el uso de juegos fueron estrategias para aumentar el interés en una consejería individual con uso de dispositivos móviles en el tema de VIH (Chin et al., 2012).

En la fase entrenamiento de facilitadores se encontró que la experiencia previa de los facilitadores fue fundamental porque la consejería requiere una habilidad previa de comunicación con el joven al momento de tratar de establecer empatía, además esto anterior fue similar en un estudio en donde se reportó que la experiencia y las habilidades para otorgar consejería son fundamentales en las intervenciones cognitivas-conductuales (Sadovszky, Draudt, & Boch, 2014). Sin embargo el presente estudio no fue consistente con lo reportado por Armstrong et al. (2015) en el que atribuyó dificultades en la intervención debido a problemas con los facilitadores relacionados a la experiencia que hace confiar a los facilitadores y ocasionar incluso problemas de inasistencias, lo que dificultó un poco el proceso del entrenamiento.

En relación a los hallazgos del objetivo específico dos de pilotear Respeto M-Salud una intervención cognitiva conductual basada en la evidencia que integra el uso de dispositivos móviles en jóvenes con riesgo de VIH, los hallazgos encontrados en la prueba piloto fueron que los instrumentos utilizados mostraron alfas de Cronbach aceptables y que el resultado de la prueba *t* pareada reflejó que las variables norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro, autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, intenciones de sexo seguro, barreras percibidas para el uso del condón y conducta sexual segura mostraron diferencias estadísticamente significativas del pre-test al post-test, estos resultados se pueden explicar debido a que se mantuvieron los elementos centrales de la intervención original y estos hallazgos fueron consistentes con los reportados por Espada et al. (2016), además se puntualiza que la prueba piloto fue implementada lo más completa posible, lo que permitió identificar que las variables susceptibilidad ante el VIH, actitud hacia el sexo seguro, creencia social para el sexo seguro, resultado esperado del sexo seguro y conocimientos sobre problemas y errores

en el uso del condón, no mostraron diferencias estadísticamente significativas del pre-test al post-test lo que permitió ajustar los contenidos de la intervención Respeto M-Salud sobre dichas variables para impactar de mejor forma en la fase ensayo controlado aleatorizado.

En relación al objetivo específico tres de determinar los predictores de las intenciones de sexo seguro en el post-test y al mes el hallazgo fue que los predictores en el post-test fueron las variables grupo de intervención, creencia social para el sexo seguro, los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y el sexo masculino, estas variables que se encontraron como predictores en el post-test se pueden explicar debido a que los participantes en el grupo de intervención tuvieron mayores intenciones de sexo seguro, además que los jóvenes percibieron un mayor apoyo de la familia y amigos ante la conducta de sexo seguro, lo que les permitió disminuir las dificultades y situaciones negativas en el uso del condón y finalmente se entiende que el sexo masculino haya resultado con mayores intenciones de sexo seguro debido a que en su mayoría los participantes fueron hombres y el preservativo masculino es el más utilizado por los jóvenes, estos mismos resultados fueron consistentes en los estudios de Alvarado et al. (2013) y Pavía et al. (2012). Sin embargo, lo encontrado con respecto al sexo masculino en este estudio fue diferente con lo mencionado por Eversole et al. (2017) debido a que ellos reportaron que fue el sexo femenino quien resultó como predictor de las intenciones de sexo seguro.

En la medición al mes se encontró que solamente la variable conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón, se mantuvo del post-test como predictor de las intenciones de sexo seguro, las nuevas variables que se reportaron como predictores fueron la susceptibilidad ante el VIH, norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro, barreras percibidas para el uso del condón y autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, esto se puede explicar debido a que en la medición de seguimiento los jóvenes tuvieron una mayor motivación de realizar medidas de prevención ante el VIH,

así como también los jóvenes mostraron una mayor percepción de apoyo para el uso del condón por parte de la pareja sexual y a su vez tuvieron menores percepciones de cambios a nivel de sensaciones cuando usaron condón. La intervención propició que los jóvenes aumentaran su capacidad percibida para negociar el uso del condón con la pareja sexual, estos mismos resultados fueron consistentes con los que reportaron Espada et al. (2016). Esto anterior es consistente con lo mencionado por Fishbein y Ajzen (2010) en donde las intenciones normalmente van precedidas de las actitudes, normas y autoeficacia. Se puede decir también que estos predictores deben ser considerados en estudios que pretendan replicar la presente intervención ya que mostraron un valor estadísticamente significativo.

Por otra parte, en la medición post-test los predictores de la conducta sexual segura fueron la susceptibilidad ante el VIH, creencia social para el sexo seguro, conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y las intenciones de sexo seguro. Lo que explica que los jóvenes que percibieron mayor riesgo ante el VIH tuvieran más conciencia de realizar un cambio de conducta disminuyendo los problemas y errores en el uso del condón, así como mayor apoyo percibido por parte de la familia y amigos, para finalmente aumentar sus intenciones de uso del condón en la próxima relación sexual. Lo que se encontró en este estudio fue similar a lo reportado por Tarkang (2012) con respecto a que el principal predictor de la conducta son las intenciones de sexo seguro.

En la medición al mes los predictores de la conducta sexual segura, el hallazgo fue que la susceptibilidad ante el VIH y los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón se mantuvieron nuevamente como predictores al mes el resto fueron la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro y las barreras percibidas para el uso del condón, se puede explicar que la consejería de intervención se enfocó en tratar de aumentar la percepción de riesgo ante el VIH sobre todo en el aspecto de que los jóvenes identificaron las circunstancias del último episodio de riesgo sexual que tuvieron, por lo

que se puede decir que los jóvenes mantuvieron este efecto al mes, desde el punto de vista teórico las personas que se perciben así mismo en riesgo son más propensas a realizar cuidados para su salud (Adams, Stuewig, Tangney, & Kashdan, 2014). Se ha reportado que las norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro, los conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y las barreras percibidas para el uso del condón fueron consistentes con lo encontrado por Espada et al. (2016). Para futuros estudios que consideren realizar una réplica de la presente intervención es necesario considerar los predictores encontrados debido a que resultaron con un valor estadísticamente significativo.

La hipótesis uno mostró en la variable susceptibilidad ante el VIH que los jóvenes del grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En las medición del post-test el grupo de intervención elevó su percepción de susceptibilidad a 19 puntos en relación a la medición pre-test y al mes nuevamente volvió a incrementar al menos cuatro puntos con respecto a la medición del post-test, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud fueron más propensos en percibirse en riesgo y esto se explica debido a que el modelo de consejería de Respeto M-Salud a través de las dos sesiones de consejería aumentó la susceptibilidad percibida ante el VIH en los jóvenes.

En este propósito las tarjetas digitales para la consejería de los facilitadores fueron fundamentales para guiar etapas en donde los jóvenes identificaron las circunstancias de la última situación de riesgo sexual, por lo cual a medida que los jóvenes tomaron mayor conciencia de su propio riesgo sexual, fueron más propensos a realizar acción de prevención ante el VIH, este aspecto fue similar en el estudio de Buzi et al. (2013) en donde la susceptibilidad propició mayor motivación para prevenir el VIH mediante el uso del condón en jóvenes. Por otra parte en el grupo control hubo una disminución de la susceptibilidad ante el VIH en el puntaje de medias en el post-test de de cinco puntos aproximadamente con respecto al pre-test y en la medición al mes solo

se elevó un solo punto lo que significó que no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Otro hallazgo fue en la variable actitud hacia el sexo seguro, los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención aumentó la actitud hacia el sexo seguro 13 puntos con respecto a la medición pre-test y al mes esta diferencia se mantuvo, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud pudieron clarificar sus dudas a través de las dos sesiones de consejería y a su vez presentaron una mayor respuesta positiva de prevención hacia la conducta sexual segura, esta situación fue similar con el estudio de Espada et al. (2012) en donde refieren que las actitudes fueron mayores en el grupo de intervención y fueron relacionadas a la evaluación positiva de los jóvenes ante la conducta sexual segura. Caso contrario se observó en el grupo control en donde en las mediciones repetidas se disminuyeron a razón de un punto las medias en el post-test y al mes, lo que explica que los participantes del grupo control no tuvieron modificaciones estadísticamente significativas en dicha variable.

La hipótesis dos mostró que en la variable creencia social para el sexo seguro los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control, en la medición pre-test resultaron con medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención incrementó la creencia social para el sexo seguro nueve puntos y al mes la diferencia se mantuvo lo que explica que los jóvenes que participaron durante dos sesiones de Respeto M-Salud tuvieron una mayor percepción de apoyo de la familia y amigos y a su vez mayor postura de acción frente a la conducta de sexo seguro, el resultado del presente estudio fue similar con lo mencionado con Holguín et al. (2013) en donde mencionó que los jóvenes que tuvieron la presencia física de los padres presentaban mayor creencia social para el sexo seguro. Por su parte en el grupo control se encontró

que en las mediciones repetidas en el puntaje de medias en el post-test y al mes no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Otro hallazgo fue que en la variable norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test mostraron puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención disminuyó la norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro aproximadamente 17 puntos con respecto a la medición pre-test y esta diferencia se incrementó a 19 puntos en la medición al mes, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud con las sesiones de consejería tuvieron una mayor percepción de aprobación y deseo del uso del condón por parte de la pareja sexual, además los facilitadores ayudaron a que los jóvenes se apoyaran de las parejas sexuales ya que se les invitó a hacerlos partícipes de la realización del plan de reducción de riesgo lo que pudo haber influido en los resultados obtenidos, estos resultados fueron similares a los reportados por Rijdsdijk et al. (2012) pero fueron diferentes a los de Camilleri et al. (2015) debido a que ellos encontraron que los jóvenes que presentaban mayor norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro fueron los que mantenían una comunicación no verbal con la pareja sexual. Por otro lado los participantes del grupo control en las mediciones del post-test y al mes resultaron sin diferencias significativas en las mediciones repetidas.

La hipótesis tres comprobó que en la variable resultado esperado del sexo seguro, los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición del pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención disminuyó los puntajes en las medias de seis puntos y se mantuvo al mes a ocho puntos con respecto a la medición pre-test, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud presentaron mayor resultado esperado de la práctica de la conducta sexual segura en las sesiones de intervención, así mismo esta acción fue apoyada de forma efectiva con el uso del prototipo de aplicación móvil en el

apartado de tipos de condones porque ahí se les mostró una calificación acerca del puntaje de efectividad de los preservativos en forma de catálogo, lo cual pudo haber influido en los resultados obtenidos. Esta situación fue consistente con lo mencionado por Urquidí y Piña (2005) en donde los jóvenes presentaron mayor resultado esperado del sexo seguro. En lo que respecta al grupo control no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones del post-test y al mes.

Otra situación a destacar es que en la variable autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro, los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención aumentó la autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro 20 puntos con respecto a la medición pre-test y al mes esta diferencia se mantuvo con un incremento de dos puntos, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud a través de las sesiones de consejería pudieron presentar una mayor capacidad percibida para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias como preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, además de una mayor capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón, esta situación también fue apoyada en el grupo de intervención con el uso del video de cómo usar un condón que los jóvenes utilizaron a través de los dispositivos móviles, lo que puede explicar los resultados encontrados, esta situación también fue reportada por Njau et al. (2013) en donde la autoeficacia percibida fue mayor en los jóvenes del grupo de intervención. En el grupo control se encontró que en la medición del post-test solo hubo una disminución de dos puntos aproximadamente y al mes hubo aumento de solo un punto, sin embargo no representó un valor estadísticamente significativo.

La hipótesis cuatro demostró que en la variable conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón. Los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En el grupo

de intervención se observó una disminución sustancial de los puntajes en las mediciones del post-test de 16 puntos y se mantuvo la diferencia al mes, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud a través de las sesiones de consejería pudieron aumentar su capacidad para identificar dificultades y situaciones negativas en el uso del condón, así mismo los jóvenes en el grupo de intervención pudieron observar el video de uso del condón y así prevenir y reconocer algunas dificultades a la hora de usar un condón lo que pudiera explicar los resultados encontrados, esta situación fue abordada de forma semejante por Ritchwood et al. (2017) en donde los jóvenes que más facilidad tuvieron para usar un condón fueron aquellos que reconocieron y evitaron problemas y errores en el uso del mismo. Caso contrario se observó en el grupo control debido a que aumentaron los puntajes en las mediciones repetidas al post-test de tres puntos y al mes de dos puntos aproximadamente con respecto a la medición pre-test lo que mostró que no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Otro hallazgo fue que en la variable barreras percibidas para el uso del condón, los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención tuvo una disminución de las barreras percibidas para el uso del condón de más de 19 puntos y en la medición al mes se mantuvo la diferencia y además se presentó una disminución de dos puntos aproximadamente, lo que explica que los jóvenes del grupo de intervención a través de las sesiones presenciales con la metodología cara a cara, el facilitador ayudó a que el joven disminuyera la percepción de pérdida o cambios en el placer, sensaciones u orgasmo cuando se usa condón, esta situación fue consistente con Coyle et al. (2012) en donde los jóvenes que muestran menores barreras percibidas son más propensos a realizar la conducta sexual segura. Por su parte se observó que en el grupo control hubo un aumento de las medias en las mediciones del post-test de cinco puntos y al mes de un punto aproximadamente lo que señala que no hubo diferencias significativas.

En la hipótesis cinco en la variable intenciones de sexo seguro se demostró que los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención aumentó 16 puntos y esta diferencia se mantuvo al mes, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud tuvieron una mayor disposición de llevar a cabo la conducta recomendada en el plan de reducción de riesgo con el apoyo de los dispositivos móviles, por lo que esta situación pudo ayudar a que los jóvenes sintieran una mayor probabilidad de utilizar condón en la próxima relación sexual, este hallazgo fue también reportado por Carvalho et al. (2015) en donde encontraron que las intenciones para el sexo seguro eran mayores en el grupo de intervención. Por otro lado en el grupo control se demostró que hubo una disminución de los puntajes de medias al post-test de siete puntos y esta diferencia se mantuvo al mes, por lo tanto, no hubo un efecto significativo en el tratamiento del grupo control.

En la hipótesis seis se demostró que en la variable conducta sexual segura, los jóvenes que participaron en el grupo de intervención y control en la medición pre-test resultaron con puntajes de medias similares. En la medición del post-test el grupo de intervención incrementó la conducta sexual segura en 20 puntos con respecto a la medición pre-test y esta diferencia se incrementó al mes en tres puntos, lo que explica que los jóvenes que participaron en Respeto M-Salud tuvieron un comportamiento planeado en el uso del condón, en donde las consejerías brindadas les ayudaron a evitar la conducta sexual de riesgo con la estrategia del plan de reducción de riesgo, además el uso de los dispositivos móviles apoyó el cumplimiento de la conducta porque con el apartado de registro de avances ayudó a que los jóvenes planearan de mejor forma la conducta sexual segura, además en los dispositivos móviles pudieron retroalimentar mediante el video de uso del condón y clarificar dudas con la información sobre VIH/sida lo que pudo haber influido en los resultados obtenidos. Esta situación fue mencionada por Njau et al. (2013) en donde los jóvenes del grupo de intervención

presentaron una mayor conducta sexual segura. En el grupo control hubo una disminución de los puntajes en el post-test de cuatro puntos aproximadamente y se mantuvo al mes, lo que indicó que el tratamiento del grupo control no tuvo un impacto estadísticamente significativo.

En la hipótesis siete se demostró que el efecto de la intervención de Respeto-M-Salud no está moderado por el sexo, edad e inicio de vida sexual activa, los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas, se puede decir que en cuanto al sexo, los instrumentos utilizados en la presente intervención estuvieron enfocados para poblaciones heterosexuales, sin embargo, la mayoría de los participantes del presente estudio se identificó con orientación homosexual y quizás eso pudo haber influido para que no se observara un efecto discriminante, se considera que en cuanto a la edad y al debut sexual los participantes de la intervención presentaron homogeneidad, lo que pudo haber influido para que no hubiera variabilidad en cuanto a dichas variables. El sexo, la edad y el inicio de vida sexual activa también fueron analizadas en un estudio de intervención en el que se encontró que los jóvenes no presentaron diferencias con respecto a las variables demográficas como moderadoras de la intervención, por lo que no se pudo comprobar un efecto discriminante (Goldenberg, McDougal, Sullivan, Stekler, & Stephenson, 2015)

Finalmente, respecto al objetivo general de evaluar la adaptación de una intervención basada en la evidencia cognitivo-conductual que integra el uso de dispositivos móviles titulada Respeto M-Salud para aumentar las intenciones de sexo seguro y la conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH, se resume que se aceptan las seis primeras hipótesis que se plantearon al inicio del estudio lo que indica que la evaluación de Respeto M-Salud ha demostrado efectividad porque la población donde se adaptó, y las variables de interés que fueron examinadas mediante las pruebas de hipótesis indicaron que hubo diferencias estadísticamente significativas, lo que explica que a través de dos sesiones de consejería, la primera sesión en la que se

identifica un paso de reducción del riesgo y la segunda sesión en donde se le da seguimiento, con el apoyo de los dispositivos móviles es posible modificar la conducta sexual de riesgo en jóvenes con riesgo de VIH. Porque a través de los análisis estadísticos se pudo comprobar que los participantes de Respeto M-Salud mostraron mayores intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura.

Esto anterior fue consistente con estudios de adaptación similar en donde encontraron que las intervenciones fueron efectivas en las intenciones y la conducta sexual segura (Armstrong et al., 2015; El-Bassel et al., 2014; Rushing & Gardner, 2016). La selección del ADAPT-ITT fue una estrategia importante ya que es un modelo específico para adaptar intervenciones efectivas en VIH, el modelo es exhaustivo, pero permitió considerar todos los componentes necesarios para lograr una adaptación completa y orientada en jóvenes con riesgo de VIH. Por su parte el Modelo Conductual Integrado permitió guiar teóricamente el fenómeno de estudio y facilitó la interpretación de los hallazgos.

La metodología utilizada fue la apropiada para población de difícil acceso como los jóvenes con riesgo de VIH, se sugiere que para futuros estudios, al momento de abordar a estos grupos poblacionales se cuente con un mediador que conozca bien a la población de interés, sus significados y que domine el lenguaje adecuado, esta situación fue reportada en un estudio donde mencionaba que conocer a la población objetivo permite realizar un mejor proceso de adaptación (Rushing & Gardner, 2016). De igual manera la aplicación de los instrumentos que fueron de lápiz y papel fue adecuado debido a que aporta un mayor nivel de confianza a los participantes. Se considera que fue pertinente utilizar los dispositivos móviles como parte de la consejería porque de esta manera los participantes se mantuvieron más interesados, como lo reportaron en una investigación Muessig et al. (2013). Se recomienda utilizar prototipos móviles porque pueden favorecer en potencializar los resultados de las intervenciones cognitivas-

conductuales (Brown, 2009). Con respecto a los instrumentos utilizados se observó que mostraron un buen ajuste en la intervención adaptada.

Limitaciones del Estudio

El presente estudio de intervención presentó varias limitaciones, dentro de las más importantes es que debido a la magnitud del estudio las etapas fueron algunas de ellas exhaustivas y otras más breves lo que tuvo una implicación en cuanto al tiempo, en lo que se incluye la elaboración de manuales, entrenamiento de los facilitadores y los resultados de nueve fases del modelo de adaptación disminuyeron el tiempo asignado a la intervención, además de la dificultad que implica llevar a cabo un estudio de intervención con la recolección de datos y el acceso a la institución que por cierto debe garantizar la confidencialidad y anonimato de sus pacientes.

Otra limitante fue el entrenamiento de los facilitadores, ya que en algunas ocasiones presentaron inasistencias por motivos de trabajo, situación que implicó la necesidad de ajustar el proceso para evitar problemas futuros en el desarrollo de la intervención. Otra limitación del estudio fue que se realizó la medición de seguimiento al mes, sin embargo, hubiera sido importante que se realizara una medición a los tres meses o seis meses posterior a la intervención debido que existe la necesidad de comprobar si los resultados obtenidos en el presente estudio se mantienen o solo fue un efecto al momento que se brindó la intervención. Finalmente, otra limitación del estudio fue no haber considerado estrategias de contención emocional ya que en algunas fases al inicio de la recolección de datos algunos participantes ya no pudieron continuar en las entrevistas semi-estructuradas por motivos de las emociones de sentirse con la probabilidad de haber contraído el VIH.

Conclusiones

Se puede concluir que el proceso completo de adaptación mediante las fases de la etapa cualitativa resultó adecuado. Las primeras siete fases del modelo ADAPT-ITT contribuyeron en identificar qué es lo que la población de interés necesitaba para que

fuera incluido en la adaptación, por tal motivo se concluye que las necesidades y preferencias de los jóvenes son un paso fundamental en el proceso completo de esta adaptación. Por otra parte, los dispositivos móviles son recurso de apoyo para compartir información de una forma rápida y con un mínimo de esfuerzo. Se considera que su uso como apoyo puede mejorar los resultados y potencializar los efectos de las intervenciones cognitivo- conductuales. El Modelo Conductual Integrado fue de gran utilidad, porque explica y predice las intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura. Además, sirvió para realizar las interpretaciones del fenómeno investigado.

Los jóvenes que participaron en este estudio iniciaron vida sexual activa en la etapa de la adolescencia, la mayoría de ellos se identificó con orientación homosexual y tuvieron en promedio 10 parejas sexuales en la vida. También se encontró que algunos participantes refirieron haber tenido al menos una ITS en su vida y que todos habían acudido a solicitar la prueba rápida de VIH. El estudio demostró que el proceso de adaptación es complejo y que la etapa cualitativa fue necesaria para poder identificar las necesidades y preferencias de la nueva población objetivo donde se realizó la intervención. Así mismo se encontró que la fase de pilotaje fue fundamental para poder identificar el ajuste de los contenidos de la intervención adaptada.

Se demostró que, en el grupo de intervención, aquellos jóvenes con creencia social para el sexo seguro y autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro tienen mayores intenciones de sexo seguro, así mismo aquellos jóvenes con conducta sexual segura y norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro, tienen mayor conducta sexual segura.

Con base a los hallazgos del estudio es posible concluir de las siete hipótesis planteadas. Los jóvenes que participaron en la intervención reportan mayor susceptibilidad al VIH y mayor actitud positiva hacia el sexo seguro que los que no participaron posterior y en la medición al mes. Los jóvenes que participaron en la intervención reportaron mayor creencia social para el sexo seguro y mayor norma de

apoyo de la pareja para el sexo seguro que los que no participaron. Los jóvenes que participaron en la intervención reportaron mayor resultado esperado del sexo seguro y una mayor autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro que los que no participaron. Los jóvenes que participaron en la intervención reportaron mayores conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón y reportaron menores barreras percibidas para el uso del condón que los que no participaron.

Los jóvenes que participaron en el grupo de intervención reportan mayores intenciones de sexo seguro que los jóvenes que no participaron. Los jóvenes que participaron en el grupo de intervención reportaron mayor conducta sexual segura que los jóvenes que no participaron en la intervención. El efecto de la intervención no está moderado por el sexo, la edad y el inicio de la relación sexual.

De acuerdo con el propósito y a las hipótesis planteadas para el presente estudio se puede concluir que el diseño de la intervención se realizó por un equipo de profesionales de la salud, los cuales contribuyeron de acuerdo con su área disciplinar en la parte teórica y metodológica de la intervención. Las dos sesiones que se realizaron en la presente adaptación resultaron efectivas para aumentar las intenciones de sexo seguro y la conducta sexual segura en jóvenes con riesgo de VIH.

El uso del prototipo de aplicación móvil fue un gran apoyo en los resultados de la presente intervención, además representa una alternativa innovadora para poder proporcionar educación en los jóvenes para la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH, fue un gran acierto realizar un prototipado móvil ya que es susceptible a modificaciones y actualizaciones lo que implicó una ventaja a la hora de actualizar o modificar algún contenido. Se puede decir que por sí solo el dispositivo móvil no es suficiente para cambiar la conducta sexual de riesgo y es necesario acompañar estas innovaciones con métodos presenciales como la consejería. Finalmente, la tasa de no respuesta se mantuvo dentro de lo esperado.

Recomendaciones

Desarrollar estudios cuasiexperimentales que incluyan seguimientos a los seis y doce meses para evaluar si el efecto de la intervención se mantiene en un plazo mayor de tiempo.

Incrementar el número de muestra de los participantes.

Avanzar hacia el proceso de transferencia del conocimiento ya que esta intervención resultó efectiva. En este sentido se recomienda mantener el uso de la presente intervención adaptada con otros estudios consecutivos al presente.

Crear una aplicación móvil basada en el prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud, ya que se ha podido obtener la versión final. En este punto se recomienda seguir investigando las implicaciones con el uso de las tecnologías móviles, se sugiere utilizar métricas para las actividades en el uso del dispositivo móvil.

Utilizar las metodologías cualitativas iniciales mediante técnicas de recolección de datos más robustas como las entrevistas a profundidad, además de aplicar triangulación de datos y verificar el impacto de transferibilidad de los hallazgos cualitativos.

Considerar el ajuste de la intervención a una sola sesión, debido a que fue una sugerencia de los directivos de la ONG.

Se sugiere retomar los predictores de las intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura como componentes necesarios que deben estar presentes en estudios posteriores al presente para verificar la significancia estadística que fue encontrada en este estudio.

Referencias

- Adams, L. M., Stuewig, J. B., Tangney, J. P., y Kashdan, T. B. (2014). Perceived susceptibility to AIDS predicts subsequent HIV risk: a longitudinal evaluation of jail inmates. *Journal of behavioral medicine*, 37(3), 511-523.
- Ajzen, I (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. McGraw-Hill Education (UK).
- Alvarado, J. I. U., Bahamón, M. J., Ruíz, L. R., Herrera, A. M. T., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211.
- Alvarez, C., Villarruel, A. M., Zhou, &., y Gallegos, E. (2010). Predictors of condom use among Mexican adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(3), 187.
- Armstrong, M. L., LaPlante, A. M., Altice, F. L., Copenhaver, M., & Molina, P. E. (2015). Advancing Behavioral HIV Prevention: Adapting an Evidence-Based Intervention for People Living with HIV and Alcohol Use Disorders. *AIDS Res Treat*, 2015(2090–1240 (Print)), 879052.
- Asociación Mexicana de Internet. (2016). *12º Estudio sobre los Hábitos de los Usuarios de Internet en México 2016*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>. Recuperado de: <https://www.asociaciondeinternet.mx/es/estudios>
- Bandura. (1994). Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection. *Preventing AIDS - Theories and Methods of Behavioral Interventions*, 25–59.
- Benavides, R. A., Castillo, L. del C., López, F., & Onofre, D. J. (2013). *Promoción de la salud sexual en jóvenes*. (S. V. Fuentes, Ed.). Manual Moderno. 978-607-448-347-5
- Bernard, N., Victoria, M., & Declare, M. (2013). Correlates of Use of Condoms Among Sexually Active Youth in Southern Highlands, Tanzania. *SAGE Open*, 3(2), 2158244013491406-. <https://doi.org/10.1177/2158244013491406>
- Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M., & Jordan, A. (2011). Using the integrative model to explain how exposure to sexual media content influences adolescent

- sexual behavior. *Health Education & Behavior*, 38(5), 530-540.
- Brown, T. (2009). *Change by design*. Florida, first edition. HarperCollins Publishers.
- Bryan, A. D., Aiken, L. S., & West, S. G. (1996). Increasing condom use: evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychology*, 15(5), 371.
- Buzi, R. S., Smith, P. B., Weinman, M. L., & Novello, G. (2013). HIV risk perceptions among adolescents attending family planning clinics: An integrated perspective. *AIDS care*, 25(1), 20-27.
- Castro, Á., Bermúdez, M., Madrid, J., & Buela-Casal, G. (2011). Variables psicosociales que influyen en el debut sexual de adolescentes en España. *Elsevier. es/rlp*, 43(1), 83-94.
- Camilleri, M., Kohut, T., & Fisher, W. (2015). Condom use behavioural skills mediate the relationship between condom use motivation and condom use behaviour among young adult heterosexual males: An information-motivation-behavioural skills analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 131-140.
- Carvalho, T., Alvarez, M. J., Barz, M., & Schwarzer, R. (2015). Preparatory behavior for condom use among heterosexual young men: A longitudinal mediation model. *Health Education y Behavior*, 42(1), 92-99.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2016). Guía Nacional para la Prevención del VIH y el sida. Recuperado de:
www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2016.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2014). La epidemia del VIH y el sida en México. *Crisis*, 0(2014), 1–6. Retrieved from
<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>
- Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades (2015). Programa de Salud Global: 2012-2015. DIANE Publishing. 1–49.
- Champion, J. D., & Collins, J. L. (2012). Comparison of a theory-based (AIDS Risk

- Reduction Model) cognitive behavioral intervention versus enhanced counseling for abused ethnic minority adolescent women on infection with sexually transmitted infection: results of a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(2), 138-150.
- Chávez, M., & Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y salud*, 22(1), 89-98.
- Chin, H. B., Sipe, T. A., Elder, R., Mercer, S. L., Chattopadhyay, S. K., Jacob, V., & Chuke, S. O. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American journal of preventive medicine*, 42(3), 272-294.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Coyle, K. K., Franks, H. M., Glassman, J. R., & Stanoff, N. M. (2012). Condom use: Slippage, breakage, and steps for proper use among adolescents in alternative school settings. *Journal of School Health*, 82(8), 345-352.
- Crosby, R. A., Graham, C. A., Milhausen, R. R., Sanders, S. A., & Yarber, W. L. (2010). Condom use errors/problems survey. *Handbook of sexuality-related measures*, 153-159.
- Crosby, R. A., Charnigo, R. J., Salazar, L. F., Pasternak, R., Terrell, I. W., Ricks, J., & Taylor, S. N. (2014). Enhancing condom use among black male youths: A randomized controlled trial. *American journal of public health*, 104(11), 2219-2225.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1(1), 37-67.
- Darbes, L. A., & Lewis, M. A. (2005). HIV-specific social support predicts less sexual

- risk behavior in gay male couples. *Health Psychology*, 24(6), 617.
- Davey-Rothwell, M. A., Tobin, K., Yang, C., Sun, C. J., & Latkin, C. A. (2011). Results of a randomized controlled trial of a peer mentor HIV/STI prevention intervention for women over an 18 month follow-up. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1654-1663.
- De Tolly, K., Skinner, D., Nembaware, V., & Benjamin, P. (2012). Investigation into the use of short message services to expand uptake of human immunodeficiency virus testing, and whether content and dosage have impact. *Telemedicine and e-Health*, 18(1), 18-23.
- Devine-Wright, H., Abraham, C., Onya, H., Ramatsea, S., Themane, M., & Aarø, L. E. (2015). Correlates of condom use and condom-use motivation among young South Africans. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(12), 674-683.
- Díaz Rodríguez, I. M., Gil Llario, M. D., Ballester Arnal, R., Morell Mengual, V., & Molero Mañes, R. J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.
- Diallo, D. D., Moore, T. W., Ngalame, P. M., White, L. D., Herbst, J. H., & Painter, T. M. (2010). Efficacy of a single-session HIV prevention intervention for black women: a group randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*, 14(3), 518-529.
- DiIorio, C. (2011). Safe sex behavior questionnaire. *The handbook of sexuality-related measures*, 594-595.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Witte, S. S., Chang, M., Hill, J., & Remien, R. H. (2011). Couple-based HIV prevention for low-income drug users from New York City: a randomized controlled trial to reduce dual risks. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 58(2), 198.
- Espada, J. P., Morales, A., Guillén-Riquelme, A., Ballester, R., & Orgilés, M. (2016). Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(1), 35.

- Espada, J. P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R., & Huedo-Medina, T. B. (2012). Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 24(6), 500-513.
- Espada, J. P., Ballester, R., Huedo-Medina, T., Secades-Villa, R., Orgilés, M., & Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish Youngsters. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 83-89.
- Eversole, J. S., Berglas, N. F., Deardorff, J., & Constantine, N. A. (2017). Source of sex information and condom use intention among Latino adolescents. *Health Education & Behavior*, 44(3), 439-447.
- Fishbein. (2000). The role of theory in HIV prevention. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 12(3), 273–278.
- Fishbein, M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*, 28(6), 834-844.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior : the reasoned action approach*. Psychology Press Taylor and Francis Group.
- Fishbein, & Ajzen. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Francis.
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471-485.
- Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P. & Haines, A. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS medicine*, 10(1), e1001362.
- García, E., Méndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad , Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes Sexuality ,

- Contraception and Unsafe Sexual Behavior in Adolescents. *International Journal of Psychological Research*, 5, 79–87.
- Gayón Vera, E., Hernández Orozco, H., Sam Soto, S., & Lombardo Aburto, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 76(2).
- Gebreselassie, G., Deyessa, N., & Tesfaye, G. (2013). Intention to use condom among students in Agena preparatory school, Guraghe Zone, Ethiopia: with the application of health believe model. *Archives of Public Health = Archives Belges de Santé Publique*, 71(1), 23. <https://doi.org/10.1186/0778-7367-71-23>.
- Geter, A., & Crosby, R. (2014). Condom refusal and young Black men: the influence of pleasure, sexual partners, and friends. *Journal of Urban Health*, 91(3), 541-546.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Gold, J., Aitken, C. K., Dixon, H. G., Lim, M. S. C., Gouillou, M., Spelman, T., & Hellard, M. E. (2011). A randomised controlled trial using mobile advertising to promote safer sex and sun safety to young people. *Health Education Research*, 26(5), 782-794.0.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Grangeiro, A., Holcman, M. M., Onaga, E. T., Alencar, H. D. R. D., Placco, A. L. N., & Teixeira, P. R. (2012). Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 46, 674-684.
- Goldenberg, T., McDougal, S. J., Sullivan, P. S., Stekler, J. D., & Stephenson, R. (2015). Building a mobile HIV prevention app for men who have sex with men: an iterative and community-driven process. *JMIR public health and surveillance*, 1(2).

- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Head, K. J., Noar, S. M., Iannarino, N. T., & Harrington, N. G. (2013). Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: a meta-analysis. *Social science y medicine*, 97, 41-48.
- Haruna, A., & Ago, H. A. (2014). Perceived Susceptibility to Hiv / Aids : Influence of Traditional Gender Role on Risky Behaviour among Youth, 2(2), 59–74.
- Holguín, Y. P., Mendoza, L. A., Esquivel, C. M., Sánchez, R., Daraviña, A. F., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209-219.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., & Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of sex research*, 43(1), 76-86.
- Jones, R., Hoover, D. R., & Lacroix, L. J. (2013). A randomized controlled trial of soap opera videos streamed to smartphones to reduce risk of sexually transmitted human immunodeficiency virus (HIV) in young urban African American women. *Nursing outlook*, 61(4), 205-215.
- Katayama Omura, R. J. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Lauby, J. L., Smith, P. J., Stark, M., Person, B., & Adams, J. (2000). A community-level HIV prevention intervention for inner-city women: results of the women and infants demonstration projects. *American Journal of Public Health*, 90(2), 216.
- Lester, R. T., Ritvo, P., Mills, E. J., Kariri, A., Karanja, S., Chung, M. H., & Marra, C. A. (2010). Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet*, 376(9755), 1838-1845.

- Lim, M. S., Sacks-Davis, R., Aitken, C. K., Hocking, J. S., & Hellard, M. E. (2010). Randomised controlled trial of paper, online and SMS diaries for collecting sexual behaviour information from young people. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 64(10), 885-889.
- Llano, C. R. F., Lugo, N. S., & Barbeito, T. O. T. (2014). Conocimientos, actitudes y uso del condón masculino en la prevención del VIH/sida en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. Pinar del Río, Cuba. *Horizonte Sanitario*, 8(1), 7-24.
- López-Rosales, F., & Moral de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- Malcolm, S., Huang, S., Cordova, D., Freitas, D., Arzon, M., Jimenez, G. L., & Prado, G. (2013). Predicting condom use attitudes, norms, and control beliefs in Hispanic problem behavior youth: The effects of family functioning and parent-adolescent communication about sex on condom use. *Health Education & Behavior*, 40(4), 384-391.
- McBride, K. R., Reece., & Sanders, S. A. (2010). Cognitive and behavioral outcomes of sexual behavior scale. *Handbook of sexuality-related measures*, 148-150.
- Metsch, L. R., Feaster, D. J., Gooden, L., Schackman, B. R., Matheson, T., Das, M., & Malotte, C. K. (2013). Effect of risk-reduction counseling with rapid HIV testing on risk of acquiring sexually transmitted infections: the AWARE randomized clinical trial. *Jama*, 310(16), 1701-1710.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis*. Houston. First edition. Sage Publication. 978-1452257877.
- Morrison-Beedy, D., Jones, S. H., Xia, Y., Tu, X., Crean, H. F., & Carey, M. P. (2013). Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: results from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 314-321.

- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012). Development of the perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16(4), 1075-1083.
- Neumann, M. S., O'donnell, L., San Doval, A., Schillinger, J., Blank, S., Ortiz-Rios, E., & O'donnell, C. R. (2011). Effectiveness of the VOICES/VOCES sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: does it work in the “real world”? *Sexually transmitted diseases*, 38(2), 133-139.
- Njau, B., Mwakalo, V., & Mushi, D. (2013). Correlates of use of condoms among sexually active youth in Southern Highlands, Tanzania. *SAGE Open*, 3(2), 2158244013491406.
- Noar, S. M., & Harrington, N. G. (Eds.). (2012). *eHealth applications: Promising strategies for behavior change*. Routledge.
- Odeny, T. A., Bailey, R. C., Bukusi, E. A., Simoni, J. M., Tapia, K. A., Yuhas, K., & McClelland, R. S. (2012). Text messaging to improve attendance at post-operative clinic visits after adult male circumcision for HIV prevention: a randomized controlled trial. *PloS one*, 7(9), e43832.
- Oppong Asante, K., Osafo, J., & Doku, P. N. (2016). The Role of Condom Use Self-Efficacy on Intended and Actual Condom Use Among University Students in Ghana. *Journal of Community Health*, 41(1), 97–104.
<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0073-6>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies*. *World Health Organization* (Vol. 3).
<https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.3.231>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Proyecto de estrategia OMS contra el VIH / sida para 2011-2015, 1–62.

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. *I-270*, 1–17. Retrieved from http://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2012). Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001447/144725s.pdf>
- Ossa, R. G., Giraldo, A. C. H., Herrera, A. L., Delgado, A., Mejía, C. L., Vanegas, A. N., & Lerma, H. D. (2013). Conocimientos mitos y creencias frente al condón y la sexualidad en jóvenes escolarizados de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*, 7(2).
- Palma Alaves, K., & Nantua Evangelista, M. D. S. (2012). Federal De Brasil Perceived Risk of Hiv Infection Among Pregnant Teenagers in the Federal District of Brazil, (2), 51–64.
- Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W., & González-Martínez, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23(2), 53-60.
- Pérez De La Barrera, C., & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3) .
- Planck, A. (2014). Actitudes y prácticas empleadas por los adolescentes de la ciudad de Somoto en relación al uso de los métodos anticonceptivos y al embarazo. *Universidad y Ciencia*, 7(10).
- Prado, G., Pantin, H., Huang, S., Cordova, D., Tapia, M. I., Velazquez, M. R., & Jimenez, G. L. (2012). Effects of a family intervention in reducing HIV risk behaviors among high-risk Hispanic adolescents: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(2), 127-133.

- Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA. (2015). *Declaración Sobre los Preservativos y la Prevención del VIH, Otras Infecciones de Transmisión Sexual y el embarazo no deseado*. Recuperado de:
www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health education quarterly*, 21(4), 471-486.
- Ramanathan, N., Swendeman, D., Comulada, W. S., Estrin, D., & Rotheram-Borus, M. J. (2013). Identifying preferences for mobile health applications for self-monitoring and self-management: Focus group findings from HIV-positive persons and young mothers. *International journal of medical informatics*, 82(4), e38-e46.
- Rengifo-Reina, H. A., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodriguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14, 558-569.
- Rijsdijk, L. E., Bos, A. E., Lie, R., Ruiter, R. A., Leerlooijer, J. N., & Kok, G. (2012). Correlates of delayed sexual intercourse and condom use among adolescents in Uganda: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12(1), 817.
- Rivera, I. S. A., Escárcega, I. C., & Pérez-Cuevas, R. (2013). Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(1), 19-25.
- Ritchwood, T. D., Penn, D., Peasant, C., Albritton, T., & Corbie-Smith, G. (2017). Condom use self-efficacy among younger rural adolescents: The influence of parent-teen communication, and knowledge of and attitudes toward condoms. *The Journal of early adolescence*, 37(2), 267-283.

- Robles, S., Piña, J. A., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*, 2(4), 328-335.
- Ruiz-Canela, M., López-del Burgo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A., & Irala, J. De. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(1), 54-61. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000100008>
- Rushing, S. C., & Gardner, W. (2016). Native Voices: Adapting a video-based sexual health intervention for american indian teens and young adults using the adapt-ITT model. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 23(1), 24-46. <https://doi.org/10.5820/aian.2301.2016.24>
- Ruiz-Canela, M., López-del Burgo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A., & Irala, J. D. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 54-61.
- Ruiz, E., Giménez, C., & Ballester, R. (2006). Percepción de ventajas e inconvenientes sobre el uso del preservativo en estudiantes universitarios: diferencias en función del sexo [Internet] [citado 22 Nov 2012].
- Sánchez, J., De La Rosa, M., & Serna, C. A. (2013). Project Salud: Efficacy of a community-based HIV prevention intervention for Hispanic migrant workers in South Florida. *AIDS Education and Prevention*, 25(5), 363-375.
- Song, Y. S., Calsyn, D. A., Doyle, S. R., Dierst-Davies, R., Chen, T., & Sorensen, J. L. (2009). Predictors of condom use among men enrolled in drug treatment programs. *AIDS Education y Prevention*, 21(5), 460-473.

- Schnall, R., Bakken, S., Rojas, M., Travers, J., & Carballo-Diequez, A. (2015). mHealth technology as a persuasive tool for treatment, care and management of persons living with HIV. *AIDS and Behavior*, 19(2), 81-89.
- Sidani, S., & Braden, C. (2011). *Design, Evaluation and Translation of Nursign Interventions*.
- Sieving, R. E., McRee, A. L., Secor-Turner, M., Garwick, A. W., Bearinger, L. H., Beckman, K. J., ... & Resnick, M. D. (2014). Prime Time: Long-Term Sexual Health Outcomes Of a Clinic-Linked Intervention. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 46(2), 91-100.
- Secretaría de Salud (1987). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Soto, V. (2006). Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. In *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*. Facultad de Medicina. Vol. 67, No. 2, pp. 152-159.
- Suffoletto, B., Akers, A., McGinnis, K. A., Calabria, J., Wiesenfeld, H. C., & Clark, D. B. (2013). A sex risk reduction text-message program for young adult females discharged from the emergency department. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 387-393.
- Tarkang, E. E. (2012). Factors associated with consistent condom use among senior secondary school female learners in Mbonge subdivision of rural Cameroon. *Journal of AIDS and HIV Research*, 5(6), 214-223.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 46(2), 127-136.

- Trejo-Ortíz, P. M., Moreno-Chávez, P. D. C., Macías-Aguilar, M., Valdez-Esparza, G., Mollinedo Montaña, F. E., Lugo Balderas, L. G., & Araujo Espino, R. (2011). Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 273-280.
- Rojas-Murcia, C., Pastor, Y., & Esteban-Hernández, J. (2015). Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 28-38.
- Rodríguez, A. F. U., Vélez, T. V., & Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 7(2), 1513-1533.
- Uribe, R. (2009). AF, Valderrama L, Sanabria AM, Orcasita L, Vergara T. *Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. Pensam Psicológico*, 5, 12.
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ninez Y Juventud*, 10(1), 481–494.
- Uribe Alvarado, J. I., Andrade Palos, P., Zacarías Salinas, X., & Betancourt Ocampo, D. (2013a). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2). .
- Uribe Alvarado, I., Aguilar Villalobos, J., Salinas, Zacarías, X., & Aguilar Casis, A. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes, 5(333), 1904–1915.
- Uribe Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Ruíz, L. R., Trejos Herrera, A. M., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, (February).

<https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10>

- Urquidí Treviño, L. E., & Piña López, J. A. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10(2).
- Valencia, C. P., & Canaval, G. E. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista de salud pública*, 14, 810-821.
- Villarruel, A. M., Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nursing research*, 53(3), 172-181.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2008). The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47, S40-S46.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Villamizar, K., Er, D. L., DeVarona, M., Taveras, J. & Stallworth, J. (2011). Efficacy of a health educator–delivered HIV prevention intervention for Latina women: A randomized controlled trial. *American journal of public health*, 101(12), 2245-2252.
- Yzer, M. (2012). The integrative model of behavioral prediction as a tool for designing health. *Health communication message design: Theory and practice*, 21-40.

Apéndice A

Guía semi-estructurada de entrevista con jóvenes

Instrucciones: La siguiente entrevista semi-estructurada deberá realizarse en un contexto tranquilo y en confianza, además se debe informar al participante que la entrevista será grabada para efectos de análisis de los datos.

Bueno días/tardes mi nombre es (nombre del entrevistador) soy enfermero y estoy interesado en conocer sobre las necesidades que tiene jóvenes como tú para poder brindar mejores consejos sobre cómo tener salud sexual. Por lo que me gustaría realizarte una entrevista. Si está de acuerdo en participar, te haré unas preguntas sencillas sobre tu opinión de los programas para prevenir el sida y sobre la opinión que tienes respecto a ciertas conductas que realizan los jóvenes. Para poder participar me tienes que firmar esta hoja que se llama consentimiento informado. Tu participación durará 40 minutos aproximadamente. Si estás de acuerdo grabaré tus respuestas.

Preguntas generales:

- 1.- ¿Cuántos años tienes?
- 2.- ¿Cuál fue el motivo de tu visita?
- 3.- El VIH/sida es un problema que está afectando a los jóvenes ¿Por qué crees que se infectan los jóvenes con el VIH?

Percepción de riesgo

- 4.- ¿Qué grupo de la población está en mayor riesgo?

Intervención

1. ¿Cuánto tiempo crees que debe ocupar el personal de la salud para orientarte respecto a tu salud sexual?
2. ¿Qué te parecería recibir orientación en dos sesiones sobre cómo mejorar tus prácticas sexuales?
3. ¿Qué tanto tiempo estarías dispuesto/ a dedicar a un programa de consejería para prevenir el VIH/sida?

4. ¿Crees que 45 minutos en una sesión de consejería es un tiempo adecuado para un joven como tú?
5. Nosotros estamos pensando hacer un programa de orientación a jóvenes que tiene dos sesiones, ¿Cuánto tiempo crees que deba de pasar entre una sesión y la otra?
6. Si tomas la decisión de cambiar una de tus conductas sexuales de riesgo ¿Cuánto tiempo te llevaría?
7. ¿Qué es lo que se ocupa aprender para poder usar un condón tanto con la pareja estable cómo con la ocasional?
8. Estamos planeando utilizar algunos escenarios en dispositivos móviles y nos gustaría que nos ayudarás a seleccionar los que creas que son de mayor utilidad para que los jóvenes aprendan a usar un condón.
9. ¿Qué tal te parece la idea de que la consejería sobre sexualidad sea complementada con el uso de los dispositivos móviles?
10. ¿Crees que está bien recibir recordatorios en mensajes de texto corto sobre el compromiso de tener una conducta sexual segura, cada tercer día en un horario preestablecido?
11. ¿Qué características crees que deba tener la persona que da orientación sobre cómo prevenir el VIH/sida en los jóvenes?
12. ¿Te parecería bien que el consejero utilice una tablet cómo apoyo mientras da la consejería?
13. ¿Si fueras a una consejería sobre ITS/ VIH-sida estarías dispuesto a llevar a cabo una tarea recomendada por el facilitador para prevenir el riesgo sexual, por ejemplo: usar el condón en la próxima relación sexual?

Preguntas más a detalle del fenómeno en estudio:

14. ¿Cuáles son las principales creencias que influyen en los jóvenes para usar un condón?
15. ¿Qué riesgo crees que tienes de contraer el VIH/sida?

16. ¿Qué tanto riesgo crees que tiene un joven de contraer el VIH/sida si no utiliza un condón?
17. ¿Quiénes crees que influyen en un joven para que pueda usar o no un condón?
18. ¿Consideras que la pareja influye para poder usar condón en las relaciones sexuales?
19. ¿Influye el apoyo de la familia para usar condones, cómo?
20. ¿Influye el apoyo de los amigos para usar condones, cómo?
21. ¿Qué es lo que esperas al utilizar un condón o cual crees que sea el resultado de usar un condón?
22. ¿Qué piensas de los condones?
23. ¿Qué tan capaz te sientes de usar un condón?
24. ¿Qué tan capaz te sientes de negociar con tu pareja el uso de un condón?
25. Me puedes decir cuáles son los pasos, uno por uno, para el uso correcto del condón
26. ¿Qué tan probable es que utilices condones en la próxima relación sexual?
27. ¿Cuáles son algunas conductas sexuales que consideras ponen en riesgo a los jóvenes de tener sida?
28. ¿Crees que es fácil conseguir condones?
29. ¿Dónde consigues los condones?
30. ¿Una vez que los compras donde los guardas?
31. ¿Crees que es fácil o difícil cargar condones?
32. Finalizar la discusión y agradecer la participación de todos.

Apéndice B

Guía semi-estructurada de entrevista con proveedor de salud

Instrucciones: la siguiente entrevista semi-estructurada deberá realizarse en un contexto tranquilo y en confianza, además se debe informar al participante que la entrevista será grabada para efectos de análisis de los datos.

Bueno días/tardes mi nombre es (nombre del entrevistador) soy enfermero y estoy interesado en conocer sobre las necesidades que tiene un proveedor como tú para poder brindar una consejería sobre prevención del VIH y consejos sobre cómo tener salud sexual. Por lo que me gustaría realizarte una entrevista, si estás de acuerdo en participar, te haré unas preguntas sencillas sobre tu opinión de los programas para prevenir el sida y sobre la opinión que tienes respecto a ciertos tópicos y estrategias de cómo llevar una consejería con las características adecuadas para los jóvenes. Para poder participar me tienes que firmar esta hoja que se llama consentimiento informado. Tu participación durará 40 minutos aproximadamente. Si estás de acuerdo grabaré tus respuestas.

Preguntas generales:

- 1.- ¿Cuántos años tiene?
- 2.- ¿Cuánto tiempo tienes dando consejería?
- 3.- El VIH/sida es un problema que está afectando a los jóvenes ¿Por qué crees que se infectan los jóvenes con el VIH?

Percepción de riesgo

- 4.- ¿Qué grupo de la población está en mayor riesgo?

Intervención

1. ¿Cuánto tiempo crees que debe ocupar el personal de la salud para realizar consejería respecto a la salud sexual de los jóvenes?
2. ¿Qué le parecería si tu práctica de consejería se basará en dos sesiones por usuario sobre cómo mejorar las prácticas sexuales seguras?

3. ¿Qué tanto tiempo estarías dispuesto a dedicar a un programa de consejería para prevenir el VIH/sida?
4. ¿Crees que 45 minutos en una sesión de consejería es un tiempo adecuado para que un proveedor como tu pueda desarrollar los componentes esenciales de orientación en los jóvenes respecto a su salud sexual?
5. Nosotros estamos pensando hacer un programa de orientación a jóvenes que tiene dos sesiones ¿Cuánto tiempo crees que deba de pasar entre una sesión y la otra?
6. ¿Cuánto tiempo te toma a un consejero influir en la conducta sexual de riesgo en un joven, para que este cambie una conducta?
7. ¿Qué es lo que necesitas como consejero para poder orientar a que el joven pueda usar un condón tanto con la pareja estable como con la ocasional?
8. ¿Qué es lo que necesitas como consejero para poder aumentar la intención del joven para usar un condón en las relaciones sexuales?
9. Estamos planeando utilizar algunos escenarios en dispositivos móviles y nos gustaría que nos ayudarás a seleccionar los que crea que son de mayor utilidad para que los consejeros se puedan apoyar en el proceso de que el joven aprenda a usar un condón.
10. ¿Qué le parece la idea de que la consejería sobre sexualidad sea complementada con el uso de los dispositivos móviles?
11. ¿Cree que está bien que el consejero envíe recordatorios a los 165 jóvenes en mensajes de texto corto sobre el compromiso de tener una conducta sexual segura, cada tercer día en un horario preestablecido?
12. ¿Qué características crees que deba tener la persona que da orientación sobre cómo prevenir el VIH/sida en los jóvenes?
13. ¿Qué características crees que deba tener un joven para recibir orientación sobre cómo prevenir el VIH/sida?
14. ¿Qué te parece si en el desarrollo de la consejería utilizas una tablet como apoyo?

15. Cuan realizas una consejería sobre ITS VIH/sida, ¿Estarías dispuesto a negociar con el joven una tarea recomendada para prevenir el riesgo sexual, por ejemplo: que el joven use el condón en la próxima relación sexual? y ¿Estarías dispuesto a darle seguimiento en una segunda sesión a esta tarea?

Preguntas más a detalle del fenómeno en estudio:

16. ¿Cuáles son las principales creencias que influyen en los jóvenes para usar un condón?
17. ¿La susceptibilidad al VIH/sida es un factor que se debe integrar al modelo de consejería en el que trabaja de forma cotidiana?
18. ¿Qué necesita un consejero para aumentar la susceptibilidad al VIH/sida en los jóvenes?
19. ¿Qué influye en un joven para que pueda usar un o no un condón?
20. ¿Considera que la pareja influye para poder usar condón en las relaciones sexuales?
21. ¿Influye el apoyo de la familia para usar condones, cómo?
22. ¿Influye el apoyo de los amigos para usar condones, cómo?
23. ¿Qué necesita un consejero para ayudar al joven a aumentar el uso del condón si la familia, los amigos o la pareja no lo apoya?
24. ¿Qué necesita un consejero para que un joven visualice el resultado positivo de utilizar un condón en la próxima relación sexual?
25. ¿Considera que hay otra estrategia que requiera su práctica además de recomendar el uso de los condones al joven?
26. ¿Qué necesita un consejero para influir en las decisiones del joven respecto al uso del condón?
27. ¿Qué tan necesarias son las recomendaciones de negociación de uso del condón en los jóvenes?
28. ¿Qué necesita un consejero para poder recomendar esta estrategia?

29. ¿Considera que el consejero debe conocer paso a paso la técnica de uso correcto del condón?
30. ¿Qué estrategias se deben llevar a cabo para aumentar el conocimiento en los jóvenes sobre el uso del condón?
31. ¿Cuáles son algunas conductas sexuales que consideras ponen en riesgo a los jóvenes de tener sida?
32. ¿Considera fácil que un joven pueda conseguir condones? ¿Cómo podríamos asegurarnos de ello?
33. ¿Dónde crees que los jóvenes consiguen condones?
34. ¿Considera que es fácil para los jóvenes tener condones a la mano para cuando tengan relaciones sexuales?
35. ¿Hay algo que no se mencionó y que en su práctica de consejería necesita ser integrada?

Apéndice C

Formato de consentimiento informado para fase valoración

Título del Proyecto: Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida

Investigador principal: ME. José Luis Hernández Torres

Introducción: Estamos realizando un estudio de una intervención sobre consejería en jóvenes sobre prevención del VIH/sida. Se les está invitando a formar parte del estudio que tiene como propósito conocer sobre sus necesidades respecto a las características que son de su preferencia para acudir a una consejería que nos permitan hacer mejores recomendaciones sobre salud sexual. Es por ello por lo que se les está invitando a participar en el estudio ya que usted cuenta con los requisitos para dicha actividad.

Propósito del Estudio: Valorar las necesidades y preferencias del modelo de consejería en sexual para jóvenes. La modalidad será en base a una entrevista semi- estructurada que durará aproximadamente 40 minutos. Esto anterior se hará en un lugar adecuado, privado y con absoluta discreción. Cabe mencionar que la entrevista será grabada en audio para efectos del análisis posterior.

Riesgos: El riesgo es mínimo ya que te preguntaré acerca de algunos aspectos relacionados con tu sexualidad. En caso de que te sientas mal durante la entrevista, te pido de favor me lo hagas saber, para poder parar la entrevista y auxiliarte en caso de que sientas incomodidad, ansiedad, nerviosismo u otra condición que te dificulte o impida continuar con la actividad. Puedes retirar tu participación, sin que ello condicione o afecte tus intereses personales o derechos. Cabe mencionar que es un estudio totalmente independiente de la institución donde se realiza, además de que no existe beneficio alguno para la institución donde se realiza el estudio por tu participación.

Costo y Beneficios esperados: Membresía Spotify por un mes. Cabe mencionar que para goce del beneficio requiere de conexión de internet para su uso.

Dudas: Todas las dudas antes, durante y después de la entrevista serán aclaradas y durante el estudio si surgiera alguna duda serán atendidas a la brevedad, considera la siguiente dirección de correo electrónico jlhernandezht@gmail.com para hacer tus preguntas.

Confidencialidad: Las únicas personas que sabrán de tu participación es el coordinador de esta Institución donde se realiza el estudio y el entrevistador, nadie sabrá lo que respondas ya que no colocarás nombres en ningún apartado del estudio. Recuerda que la entrevista será grabada para efectos de análisis de los datos, lo anterior sin identificar tu persona. Asimismo, no se te señalará o juzgará por nadie en base a tu participación.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto participar en el proyecto titulado Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida. He leído la información de este consentimiento y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ninguno de mis derechos como usuario de esta institución y puedo cancelar mi participación en el momento en que yo decida.

Nombre y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice D

Formato de consentimiento informado para la fase valoración proveedores de salud

Título del Proyecto: Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida

Investigador principal: ME. José Luis Hernández Torres

Introducción: Estamos realizando un estudio de una intervención sobre consejería en jóvenes sobre prevención del VIH/sida. Se le está invitando a formar parte de la primera etapa del estudio que tiene como propósito conocer sobre sus necesidades respecto a las características que son de su preferencia para brindar consejería que nos permitan hacer mejores recomendaciones sobre su salud sexual. Es por ello que se les está invitando a participar en el estudio ya que usted cuenta con los requisitos para dicha actividad.

Propósito del Estudio: Valorar las necesidades y preferencias de un programa de educación sexual en jóvenes. La modalidad será en base a una entrevista que durará aproximadamente 40 minutos. Esto anterior se hará en un lugar adecuado, privado y con absoluta discreción. Cabe mencionar que la entrevista será grabada en audio para efectos del análisis posterior.

Riesgos: El riesgo es mínimo ya que te preguntaré acerca de algunos aspectos relacionados a tus necesidades sobre la consejería en el tema de sexualidad. En caso de que te sientas mal durante la entrevista, te pido de favor me lo hagas saber, para detener la entrevista y auxiliarte en su debido tiempo si sientes incomodidad, ansiedad, nerviosismo u otra condición que te dificulte o impida continuar con la actividad, puedes retirar tu participación, sin que ello condicione o afecte tus intereses personales o en tu institución. Cabe mencionar que es un estudio totalmente independiente de la Institución donde se realiza y no hay beneficio para la Institución por tu participación.

Costo y Beneficios esperados: Una membresía Spotify por un mes, cabe mencionar que para cualquier opción requiere conexión a internet para su uso.

Dudas: Todas las dudas antes, durante y después de la entrevista serán aclaradas y durante el estudio si surgiera alguna duda serán atendidas a la brevedad, considera la siguiente dirección de correo electrónico jlhernandezht@gmail.com para hacer tus preguntas.

Confidencialidad: Las únicas personas que sabrán de tu participación en este proyecto, será el coordinador de esta Institución donde se realiza el estudio y el entrevistador, nadie sabrá lo que respondas ya que no colocarás nombres en ningún apartado del estudio. Recuerda que la entrevista será grabada para efectos de análisis de los datos, lo anterior sin identificar tu persona. Asimismo, no te señalarán, ni te juzgarán por tus respuestas o comentarios en este estudio.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto participar en el proyecto titulado Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida. He leído la información de este consentimiento y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ninguno de mis derechos como personal de esta institución y puedo cancelar mi participación en el momento en que yo decida.

Nombre y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice E

Críticas del material presentado de la intervención Respeto M-Salud

- 1.- ¿Qué le parece los componentes del programa “Respect” para aumentar las intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura?
- 2.- ¿Considera el contenido del programa “Respect” adecuado?
- 3.- ¿Con respecto al material que se mantiene del programa “Respect” pero que sufre las modificaciones que se mostraron, qué opinión le merece?
 - 3.1.- Plan de reducción de riesgo versión digital
 - 3.2.- Uso de tarjetas digitales para la consejería
- 4.- ¿Qué le pareció el prototipo de aplicación móvil de Respeto M-Salud?
- 5.- ¿Qué modificaciones le harías al prototipo de aplicación móvil?
- 6.- ¿Consideras los temas suficientes o propones otro tema para incluir?

Apéndice F

Formato de evaluación para expertos

Contexto:

Estudiantes universitarios que se perciben en riesgo de tener una ITS o el VIH/sida y que acuden a consulta para su diagnóstico.

Objetivo:

Evaluar la adaptación de una Ebi cognitivo-conductual que integra el uso de dispositivos móviles titulada “Respeto M-Salud” para aumentar la intención y la conducta de sexo seguro en jóvenes universitarios con riesgo de ITS-VIH/sida

Instrucciones para los Jueces:

Por favor llene las siguientes preguntas en cuanto a su experiencia acerca de los contenidos para cada una de las sesiones de la intervención Respeto M-salud.

Paso del Protocolo: Preséntese y explique su función como consejero.

Facilitador: Preséntese y explique su función como consejero

Diálogo: Hola, mi nombre es [nombre]. Voy a hablarle acerca de su riesgo de adquirir/transmitir] VIH o de contraer una ITS y de algunas preocupaciones que usted pudiera tener en cuanto a eso. Mi función como consejero es ayudarle a explorar tales riesgos y a buscar maneras en que usted pudiera ser capaz de hacer las cosas de manera diferente para protegerse y proteger a otras personas.

Juzgue en cuanto a claridad y de acuerdo con el objetivo de la intervención si el dialogo para este paso es:

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, el dialogo requiere más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones

4= Relevante, sin alteración

Reactivo 1: ¿El contenido de Respeto M-Salud?

Juzgue en cuanto a claridad y pertinencia del material presentado

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Reactivo 2: ¿El uso de la tarjetas como guía de la Consejería?

Juzgue en cuanto a claridad y pertinencia del material presentado

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Reactivo 3: ¿La forma de entrega de la Intervención?

Juzgue en cuanto a claridad y pertinencia del material presentado

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Reactivo 4: Los Manuales del facilitador y de fidelidad de la intervención

Juzgue en cuanto a claridad y pertinencia del material presentado

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Reactivo 5: ¿Las sesiones y el tiempo de intervención?

Juzgue en cuanto a claridad a la pertinencia del material presentado

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Reactivo 6: Las mediciones empleadas en Respeto M-Salud

Juzgue en cuanto a claridad y pertinencia del material presentado

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Reactivo 7: ¿La evaluación global de la Intervención?

Juzgue en cuanto a claridad y pertinencia del material presentado

1= No relevante

2= No seguro de su relevancia, los reactivos requieren más revisión

3= Relevante pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4= Relevante, sin alteración

Por favor realice comentarios, cambios sugeridos o áreas identificadas que se han omitido.

Apéndice G

Cédula de datos con criterios

Instrucciones: Responde en cada recuadro con una “X” equis a las siguientes preguntas según corresponda

Pregunta	0) NO	1) SI
1. ¿En los últimos tres meses alguna vez no has usado condón?		
2. ¿Has participado en algún programa de educación sexual en los últimos 12 meses?		
3. ¿Estas embarazada? (sólo mujeres)		
4. ¿Actualmente planeas tener un hijo?		
5. ¿Vives con tu pareja sexual?		
6. En la actualidad ¿tienes pareja?		

Cédula de datos sociodemográficos

Instrucciones: Por favor contesta las siguientes preguntas. Según corresponda

1. Sexo

1) Masculino_____ 2) Femenino_____

2.- Edad (años cumplidos) _____

3. Años de estudio (desde primaria) _____

4. Ocupación

1) Estudio 2) Trabajo 3) estudio y trabajo 4) otro (especifica)_____

5 Estado civil

a) Casado b) soltero c) unión libre d) otro (especifique)_____

6.- Actualmente ¿tomas antidepresivos?

a) Si _____ b) No _____

(especifique nombre del medicamento (s)

aquí_____

7.- ¿Cuánto tiempo pasas al día con tu dispositivo móvil?

Horas _____ Minutos: _____

8.- ¿Sabes abrir páginas web desde tu celular?

0) No _____ 1) Si _____

9.- Edad aproximada en la que iniciaste vida sexual _____

10. Número de parejas sexuales que ha tenido en su vida _____

11. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses _____

12. Has tenido una Infección de Trasmisión Sexual (ITS) _____

0) No _____ 1) Si _____

13. Te han diagnosticado VIH positivo

0) No _____ 1) Si _____

14. ¿Con cuál de las siguientes orientaciones sexuales te identificas?

1) heterosexual 2) homosexual 3) bisexual 4) otro (especifica) _____

15. ¿Qué tipo de método anticonceptivo usas en la actualidad?

1) condón _____ 2) otro _____ 3) ninguno _____

Apéndice H

Escala de percepción de riesgo para VIH

(Napper, Fisher, & Reynolds, 2012)

Instrucciones: Circula la opción que más se acerque a su realidad de cada pregunta.

1. ¿Qué tan probable es que se pueda infectar con el VIH?

- 1) Muy improbable
- 2) Improbable
- 3) Ni probable/ Ni improbable
- 4) Muy probable

2. Me preocupa ser infectado con el VIH

- 1) Nunca
- 2) Rara vez
- 3) A veces
- 4) Siempre

3. Imaginar que contraigo VIH es algo que me resulta:

- 1) Muy difícil
- 2) Difícil
- 3) Fácil
- 4) Muy fácil

4. Contraer VIH es algo de lo que estoy...

- 1) Nada preocupado
- 2) Un poco preocupado
- 3) Medianamente preocupado
- 4) Muy preocupado
- 5) Extremadamente preocupado

5. Estoy seguro de que NO me voy a infectar con el VIH

- 1) Muy en desacuerdo
- 2) En desacuerdo
- 3) Algo en desacuerdo
- 4) Algo de acuerdo
- 5) De acuerdo
- 6) Muy de acuerdo

6. Siento que no es probable que me infecte con el VIH

- 1) Muy en desacuerdo
- 2) En desacuerdo
- 3) Algo en desacuerdo
- 4) Algo de acuerdo
- 5) De acuerdo
- 6) Muy de acuerdo

7. Me siento vulnerable a la infección por VIH

- 1) Muy en desacuerdo
- 2) En desacuerdo
- 3) Algo en desacuerdo
- 4) De acuerdo
- 5) Muy de acuerdo

8. Existe la posibilidad, por pequeña que sea, de que pueda contraer el VIH

- 1) Muy en desacuerdo
- 2) Algo de acuerdo
- 3) De acuerdo
- 4) Muy de acuerdo

9. Creo que mis posibilidades de infectarme con el VIH son:

- 1) Cero
- 2) Casi cero
- 3) Pequeñas
- 4) Moderadas
- 5) Grandes
- 6) Muy Grandes

10. Adquirir el VIH es algo en lo que

- 1) Nunca pienso
- 2) Rara vez pienso
- 3) A veces pienso
- 4) A menudo pienso

Apéndice I

Escala breve de actitud sexual

(Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006)

Instrucciones: Seleccione una de las siguientes opciones de respuesta marcando con una X “equis” la opción que considere más cercana a su realidad.

1 = Muy de acuerdo, 2 = Moderadamente de acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = Moderadamente en desacuerdo y 5 = Totalmente desacuerdo.

Pregunta	1	2	3	4	5
1.No necesito estar comprometido(a) con una persona para tener relaciones sexuales con él/ ella					
2. Está bien tener sexo casual/de ocasión					
3. Me gustaría tener sexo con muchas parejas					
4. Encuentros de una sola noche son a veces muy placenteros					
5. Está bien mantener relaciones sexuales con más de una persona a la vez					
6. El sexo a cambio de favores está bien si ambas personas están de acuerdo					
7. El mejor sexo es sin compromiso					
8. La vida tendría menos problemas si la gente pudiera tener sexo con más libertad					
9. Es posible disfrutar el sexo con una persona y que esa persona no te guste mucho					
10. Está bien que el sexo sea sólo para un buen desahogo físico					
11. El sexo es la forma más cercana de comunicación entre dos personas					
12. Un encuentro sexual entre dos personas profundamente enamoradas es la mejor interacción humana					
13.En su mejor expresión, el sexo parece ser la unión de dos almas					
14. El sexo es una parte muy importante de la vida					
15. El sexo es por lo general una experiencia intensa, casi impresionante					
16. El sexo es lo mejor cuando te dejas llevar y te concentras en tu propio placer					
17. El sexo es principalmente tomar placer de otra persona					
18. El principal objetivo del sexo es disfrutar de uno mismo					

Pregunta	1	2	3	4	5
19. El sexo es principalmente físico					
20. El sexo es principalmente una función corporal, como comer					

Apéndice J

Escala de Provisión Social VIH

(Cutrona & Russell, 1987; Darbes & Lewis, 2005)

Instrucciones: Seleccione una de las siguientes opciones de respuesta para los siguientes reactivos, marcando con una X “equis” la opción que considere más cercana a su realidad.

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo, 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo.

Apoyo de la Familia	1	2	3	4	5
1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda					
2. Mi familia no apoya el sexo seguro					
3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro					
4. Mi familia depende de mí para ayudar a la hora de practicar sexo seguro					
5. Mi familia y yo disfrutamos practicando el sexo seguro					
6. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH					
7. Me siento personalmente responsable de la salud y el bienestar de mi familia					
8. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro					
9. No creo que mi familia aprecie lo que he hecho para proteger mi salud cuando se trata de VIH					
10. Si yo fuera a infectarme con el VIH, mi familia no estaría allí para mí					
11. Mi relación con mi familia me hace sentir seguro de que mis posibilidades de infectarme con el VIH son bajos					
12. Yo puedo hablar con mi familia sobre prácticas sexuales más seguras, si es necesario					
13. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia					
14. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro					
15. Mi pareja confía en mí para consejo cuando se trata de sexo seguro					
16. Mi familia es alguien en quien pudiera confiar para consejo si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro					

Apoyo de la Familia	1	2	3	4	5
17. Siento un vínculo emocional fuerte con mi familia y esto me anima a practicar el sexo seguro					
18. No puedo contar con mi familia para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro					
19. No me siento cómodo hablando con mi familia sobre el sexo seguro					
20. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro					
21. El afecto que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro					
22. Fue una decisión mutua de mi familia y mía, el practicar el sexo seguro					
23. Si yo pensara que me había expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación					
24. Mi familia depende de mí para ayudarme a practicar el sexo seguro					
Apoyo de los amigos	1	2	3	4	5
25. Puedo confiar en mis amigos para que me ayuden a practicar el sexo seguro si necesito ayuda.					
26. Mis amigos no apoyan el sexo seguro					
27. No puedo recurrir a mis amigos para orientación sobre el sexo seguro					
28. Mis amigos dependen de mí para ayudarlos a la hora de practicar sexo seguro					
29. Mis amigos y yo disfrutamos practicando el sexo seguro					
30. Mis amigos saben que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH					
31. Me siento personalmente responsable de la salud y el bienestar de mis amigos					
32. Mis amigos y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro					
33. No creo que mis amigos aprecien lo que he hecho para proteger mi salud cuando se trata de VIH					
34. Si yo fuera a infectarme con el VIH, mis amigos no estarían allí para apoyarme					
35. Mi relación con mis amigos me hace sentir seguro de que mis posibilidades de infectarme con el VIH son bajas					
36. Yo puedo hablar con mis amigos sobre prácticas sexuales más seguras, si es necesario					
37. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mis amigos					
38. Mis amigos comparten mis preocupaciones sobre el sexo seguro					

Apoyo de los amigos	1	2	3	4	5
39. Mis amigos confían en mí para consejo cuando se trata de sexo seguro					
40. Mis amigos son personas en quienes pudiera confiar para consejo si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro					
41. Siento un vínculo emocional fuerte con mis amigos y esto me anima a practicar el sexo seguro					
42. No puedo contar con mis amigos para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro					
43. No me siento cómodo hablando con mis amigos sobre el sexo seguro					
44. Mis amigos respetan mi decisión de practicar el sexo seguro					
45. El afecto que siento por mis amigos me ayuda a practicar el sexo seguro					
46. Fue una decisión mutua de mis amigos y mía, el practicar el sexo seguro					
47. Si yo pensara que me había expuesto al VIH podría contar con mis amigos para que me ayuden a manejar la situación					
48. Mis amigos dependen de mí para ayudarles a practicar el sexo seguro					

Apéndice K

Sub-escala del uso del condón con aprobación de la pareja

(Cutrona & Russell, 1987; Darbes & Lewis, 2005)

Instrucciones: Marca con una “X” equis, una opción para cada reactivo según corresponda.

En completo desacuerdo = 0, en desacuerdo = 1, indeciso = 2, de acuerdo = 3 y completamente de acuerdo = 4,

Preguntas	0	1	2	3	4
1. Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazara					
2. Si no estuviera seguro de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno					
3. No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual					
4. Si no estuviera seguro/a de que mi nueva pareja usa condones no le sugeriría usar uno					
5. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales					

Apéndice L

Sub-escala de resultados cognitivos

(Mcbride, Reece, & Sanders, 2010)

Instrucciones: A continuación, se muestra una lista de las cosas en las que algunas personas se preocupan como resultado de sus actividades sexuales (incluyendo las cosas que hacen las personas solas y las que hacen con los demás).

Por favor, indique el grado en que lo siguiente se aplica a usted marcando con una X “equis” en el recuadro según corresponda. Marque solo una por reactivo. Nunca = 0, a veces = 1, frecuentemente = 2 y siempre = 3

Reactivos	0	1	2	3
1.- Me he expuesto así mismo o en alguna(o) de mis parejas sexuales en riesgo de embarazo				
2.- Me he expuesto así mismo o en alguna(o) de mis parejas sexuales en riesgo de una infección de transmisión sexual (como el herpes, gonorrea)				
3.- Me he expuesto así mismo o en alguna(o) de mis parejas sexuales en riesgo de contraer el VIH				
4.- Podría haber dado lugar a dolor, lesiones, u otros problemas a una de mis parejas sexuales				
5.- Podría haber dado lugar a dolor, lesiones u otros problemas para mí				
6.- Podría haber estado en riesgo o la posibilidad de lesiones físicas graves o la muerte				
7.- Podría ser que les haya ocasionado problemas a mis amigos				
8.- Podría ser que haya ocasionado problemas con los miembros de mi familia				
9.- Podría ser que haya ocasionado problemas con mi novio / novia / esposa/esposo /pareja				
10.- Podría ser que me haya puesto en situación de riesgo de ser detenido				
11.- Podría haber estado en contra de la ley				
12.- Podría haber ocasionado problemas financieros				
13.- Podría haber causado que pierda mi dinero				
14.- Que hayan afectado mi capacidad para completar las tareas para el trabajo o la escuela				
15.- Podría haber presentado la posibilidad de que pierda mi trabajo				
16.- Podría dar lugar a problemas relacionados con la escuela, tales como condicionamiento, expulsión u otras sanciones				

Reactivos	0	1	2	3
17.- Mis prácticas sexuales han sido incompatibles con mis creencias espirituales				
18.- Mis prácticas sexuales han sido incompatibles con mis valores religiosos				
19.- Me hacía sentir culpable				
20.- Me hacían sentir avergonzado de mí mismo				

Apéndice M

Escala de autoeficacia para prevenir el sida

(López-Rosales & Moral de la Rubia, 2001)

Instrucciones: Marque con una “X” equis en el recuadro para cada pregunta de acuerdo con el grado de seguridad que usted considera tener.

A) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales?	1. Nada Seguro	2. Algo Seguro	3. Medio Seguro	4. Muy Seguro	5. Total Seguro
1. ¿Alguien conocido hace 30 días o menos?					
2. ¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3. ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. ¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. ¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
7. ¿Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?					
8. ¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9. ¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10. ¿Alguien con quien has estado utilizando drogas?					
11. ¿Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
B) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	1. Nada Seguro	2. Algo Seguro	3. Medio Seguro	4. Muy Seguro	5. Total Seguro
12. ¿Preguntar a tu pareja si se ha inyectado alguna droga?					
13. ¿Discutir sobre la prevención del sida con tu pareja?					
14. ¿Preguntar a tu pareja sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
15. ¿Preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual?					

C) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	1. Nada Seguro	2. Algo Seguro	3. Medio Seguro	4. Muy Seguro	5. Total Seguro
16. ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
17. ¿Usar correctamente el condón?					
18. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
19. ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (ejemplo, mariguana, tiner, resistol, otras)					
20. ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?					
C) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	1. Nada Seguro	2. Algo Seguro	3. Medio Seguro	4. Muy Seguro	5. Total Seguro
21. ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
22. ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
23. ¿Acudir a comprar condones?					

Apéndice N

Escala de problemas y errores en el uso del condón-hombres

(Crosby, Graham, Milhausen, & Sanders, 2010)

Instrucciones: circule la respuesta según corresponda, piense en últimas tres veces que uso condón para tener relaciones por vía pene-vaginal (pene en la vagina) o pene-anal (pene en el ano / recto). Pensando en las últimas tres veces que usted colocó el condón en su pene, indique si está o no identificado en el comportamiento o si el evento ocurrió y, en caso afirmativo, con qué frecuencia se ha producido. Elija una sola opción para cada pregunta.

1.-Durante las últimas tres veces que usaste un condón para: relaciones sexuales pene-vagina o pene-ano, ¿Verificaste que el condón no tenga daños visibles en el empaque antes de abrirlo?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en las 3 ocasiones

2.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿Lo pusiste en el lado incorrecto hacia arriba y tuviste que darle la vuelta?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

3.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿Dejaste espacio en la punta del condón cuando te lo colocaste?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

4.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿Exprime el aire después de ponerlo?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

5.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿se pierde o se comienza a perder tu erección, mientras te lo colocas?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

6.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿usaste condón sin un lubricante a base de agua (lo que significa que el condón no tiene lubricante extra y tu pareja y tú no colocaron lubricante en el condón)?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

7.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿también utilizaste un lubricante a base de aceite, como vaselina o aceite para bebés, con el condón?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

8.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿se pierde o se comienza a perder tu erección después de que la relación había comenzado durante y con el uso del condón?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

9.- Durante los últimos tres veces que usaste un condón durante las relaciones sexuales, ¿el condón está en contacto con uñas, joyería, objetos que pueden perforarlos, o utilizas los dientes en cualquier momento antes o durante la relación sexual?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

10.- Durante las últimas 3 veces que usó un condón durante las relaciones sexuales, ¿comienzas a tener relaciones sexuales sin condón y luego lo usaste más tarde y continuaste la relación sexual?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

11.- Para la última vez que utilizó un condón para las relaciones sexuales, ¿ha de comenzar a tener relaciones sexuales con él y luego se lo quita y sigue teniendo relaciones sexuales sin condón?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

12.- Durante las últimas tres veces que usó un condón durante la relación sexual, no se rompió durante la relación sexual?

a) no

En caso afirmativo, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) lo hizo en 1 de ocasión

c) lo hizo en 2 ocasiones

d) lo hizo en 3 ocasiones

13.- Durante las últimas tres veces que usaste un condón durante la relación sexual, ¿Una vez que te lo colocaste se te resbaló durante la relación sexual?

a) no

En caso afirmativo ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) lo hizo el 1 de ocasión

c) lo hizo en 2 ocasiones

d) lo hizo en 3 ocasiones

14.- Durante las últimas tres veces que usó un condón durante la relación sexual, ¿El condón se deslizó fuera cuando estaba retirando su pene de la vagina/ ano o recto?

a) no

En caso afirmativo, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) lo hizo el 1 de ocasión

c) lo hizo en 2 ocasiones

d) lo hizo en 3 ocasiones

15.- Para las últimas tres veces que usó condón para las relaciones sexuales, ¿sabía usted si tiene algún problema con la forma en que este ajusta o queda puesto?

a) no

En caso afirmativo, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en la primera ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

16.- Durante las últimas tres veces que usó un condón durante las relaciones sexuales, ¿usted o su pareja tuvo algún problema con la forma en que se sentía?

a) no

En caso afirmativo, ¿lo haces en 1 ocasión, en dos ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) sucedió el 1 de ocasión

c) sucedió en 2 ocasiones

d) sucedió en 3 ocasiones

Apéndice Ñ

Escala de problemas y errores en el uso del condón-mujeres

(Crosby, Graham, Milhausen, & Sanders, 2010).

Instrucciones: Circule la respuesta según corresponda, piense en últimas tres veces que usted colocó un condón en su pareja, para tener relaciones por vía pene-vaginal (pene en la vagina) o pene-anal (pene en el ano / recto). Pensando en las últimas tres veces que usted lo colocó en el pene de su pareja, indique si está o no identificada en el comportamiento o si el evento ocurrió y, en caso afirmativo, con qué frecuencia se ha producido. Elija una sola opción para cada pregunta.

1.- Durante los últimas tres veces que colocó un condón para relaciones sexuales pene-vagina o pene-ano, ¿Comprobó que no hubiera daños visibles en el empaque del condón antes de tener relaciones sexuales?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en las 3 ocasiones

2.- Durante las últimas tres veces que colocó un condón durante las relaciones sexuales, ¿Lo puso en el lado incorrecto hacia arriba y tuvo que darle la vuelta?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

3.- Durante las últimas tres veces que colocó un condón durante las relaciones sexuales, ¿dejó espacio en la punta del condón cuando lo colocó?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

4.- Durante las últimas tres veces que colocó un condón durante las relaciones sexuales, ¿Exprimió el aire después de ponerlo?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

5.- Durante las últimas tres veces que colocó un condón a su pareja durante las relaciones sexuales, su pareja perdió o comenzó a perder la erección mientras estaba poniéndolo?

a) no

Si es así, lo hizo en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) lo hizo el 1 de ocasión

c) lo hizo en 2 ocasiones

d) lo hizo en 3 ocasiones

6.- Durante los últimos tres veces que colocó un condón durante las relaciones sexuales, ¿utilizó un condón SIN un lubricante a base de agua, tales como la jalea KY o crema espermicida lo que significa que el condón no tiene lubricante en él y usted o su pareja no puso nada de eso?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

7.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante las relaciones sexuales, ¿ha utilizado un lubricante a base de aceite, como vaselina o aceite para bebés, con el condón?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

8.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante la relación sexual, su pareja o comienza a perder su erección después de que las relaciones sexuales había comenzado durante el uso del condón?

a) no

En caso afirmativo, que hizo en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) lo hizo el 1 de ocasión

c) lo hizo en 2 ocasiones

d) lo hizo en 3 ocasiones

e) no está segura

9.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante las relaciones sexuales, ¿el condón se deja en contacto con uñas afiladas, joyería, objetos que pueden ocasionar perforaciones, o dientes en cualquier momento antes o durante la relación sexual?

a) no

Si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

10.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante las relaciones sexuales, ¿comienza a tener relaciones sexuales sin condón y luego lo puso más tarde y continuó la relación sexual?

a) no

si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

11.- Para la última vez que puso un condón para las relaciones sexuales, ¿ha de comenzar a tener relaciones sexuales con él y luego se lo quita y sigue teniendo relaciones sexuales sin el condón?

a) no

si es así, ¿lo haces en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hice en 1 ocasión

c) Lo hice en 2 ocasiones

d) Lo hice en 3 ocasiones

12.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante la relación sexual, ¿se rompió durante la relación sexual?

a) no

En caso afirmativo, ¿qué es lo que hace que el 1 de ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hizo el 1 de ocasión

c) Lo hizo en 2 ocasiones

d) Lo hizo en 3 ocasiones

e) no estoy segura

13.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante la relación sexual, ¿se resbaló durante la relación sexual?

a) no

En caso afirmativo, ¿qué es lo que hace que el 1 de ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hizo el 1 de ocasión

c) Lo hizo en 2 ocasiones

d) Lo hizo en 3 ocasiones

e) no estoy segura

14.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante la relación sexual, no se resbala mientras que su pareja estaba retirando el pene de su ano / recto / vagina]?

a) no

En caso afirmativo, ¿qué es lo que hace que el 1 de ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hizo el 1 de ocasión

c) Lo hizo en 2 ocasiones

d) Lo hizo en 3 ocasiones

e) no está segura

15.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante las relaciones sexuales ¿su pareja no tiene ningún problema con la forma en que ajusta o queda puesto?

a) no

En caso afirmativo, ¿verdad en 1 ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) Lo hizo el 1 de ocasión

c) Lo hizo en 2 ocasiones

d) Lo hizo en 3 ocasiones

e) no está segura

16.- Durante las últimas tres veces que puso un condón durante las relaciones sexuales, ¿usted o su pareja tuvo algún problema con la forma en que se sentía?

a) no

En caso afirmativo, ¿qué ocurrió el 1 de ocasión, en 2 ocasiones, o en las 3 ocasiones?

b) sucedió el 1 de ocasión

c) sucedió en 2 ocasiones

d) sucedió en 3 ocasiones

Apéndice O

Escala de intenciones de uso del preservativo

(Alvarez et al., 2010)

Instrucciones: marca con una X “equis” la respuesta que más se acerque a tu realidad.

1. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja decidan usar algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses?

1 muy improbable	2 Improbable	3 ni probable ni improbable	4 probable	5 muy probable

2. ¿Qué tan probable es que decidas usar un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses?

1 muy improbable	2 improbable	3 ni probable ni improbable	4 probable	5 muy probable

3. Trataré que mi pareja use condones si tenemos relaciones sexuales en los próximos 3 meses.

1 completamente en desacuerdo	2 en desacuerdo	3 ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4 de acuerdo	5 completamente de acuerdo

4. Planifico usar condones si tengo relaciones sexuales en los próximos 3 meses.

1 completamente en desacuerdo	2 en desacuerdo	3 ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4 de acuerdo	5 completamente de acuerdo

Apéndice P
Sub-escala barreras percibidas para el uso del condón

(Song, Clasyn & Ball, 2009)

Instrucciones: Marca con una “X” equis en el recuadro a cada pregunta según corresponda, completamente en desacuerdo = 1, en desacuerdo = 2, indiferente = 3, de acuerdo = 4 y definitivamente de acuerdo = 5

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. Los condones rozan y causan irritación					
2. Con los condones no se siente bien					
3. Los condones interrumpen el estado de ánimo					
4. Con los condones se siente poco natural					
5. Los condones no se ajustan bien					
6. Me siento más cerca de mi pareja sin condón					
7. Los condones cambian el clímax u orgasmo					

Apéndice Q

Cuestionario de comportamiento de sexo seguro

(Dilorio, 2011)

Instrucciones: Por favor, lea cada una y responda indicando su grado de utilización de estas prácticas sexuales. Circule una respuesta por pregunta.

1. Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

2. Yo detengo el juego previo, a la relación sexual (como tocar/ besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

3. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

5. Tengo sexo oral sin usar barreras de protección, como un condón o cubierta de látex

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

7. Si mi pareja insiste en tener relaciones si usar un condón, me niego a tener relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

9. Uso cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

13. Practico sexo anal

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales

A = Nunca B = A veces C = La mayor parte del tiempo D = Siempre

Apéndice R

Formato de consentimiento informado para la prueba piloto

Título del Proyecto: Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida

Investigador principal: ME. José Luis Hernández Torres

Introducción: Estamos realizando un estudio de una intervención sobre consejería en jóvenes sobre prevención del VIH/sida. Se te está invitando a formar parte del estudio que tiene como propósito es mejorar el programa de consejería, la participación incluye acudir a una sola sesión de consejería de 30 minutos, además de contestar cuestionarios de lápiz y papel con un tiempo estimado de 1 hora 30 minutos aproximadamente y utilizar tu propio celular para abrir una aplicación móvil con información que es parte de la intervención, misma actividad que será monitoreada para efectos de cuánto tiempo utilizaste esta aplicación, en el esquema de registro usuario y contraseña. El lugar donde se llevará el estudio es en esta institución.

Propósito del Estudio: Evaluar el proceso de la intervención, instrumentos, entrenamiento de facilitadores y manuales de la intervención

Riesgos: El riesgo es mínimo ya que te preguntaré sobre tus prácticas sexuales, se abordan temas como el VIH/sida y relacionados con la sexualidad, En caso de que te sientas mal en cualquier momento de tu participación, te pido de favor me lo hagas saber, para poder detener la actividad y auxiliarte en caso de que sientas incomodidad, ansiedad, nerviosismo u otra condición que te dificulte o impida continuar. Puedes retirar tu participación, sin que ello condicione o afecte tus intereses personales o derechos en tu escuela. Cabe mencionar que es un estudio totalmente independiente de la institución donde se realiza, la cual no recibirá ningún beneficio por tu participación.

Costo y Beneficios esperados: Un mes de membresía Spotify, que es para escuchar música por internet, cabe mencionar que debes tener acceso a internet para poder utilizarla.

Dudas: Todas las dudas antes, durante y después del presente estudio serán atendidas a la brevedad, considera la siguiente dirección de correo electrónico jlhernandezht@gmail.com para hacer tus preguntas.

Confidencialidad: Las únicas personas que sabrán de tu participación es el coordinador de gestión académica de esta Institución donde se realiza el estudio y un facilitador, nadie sabrá lo que respondas ya que no colocarás nombres en ningún apartado de los cuestionarios del estudio que son importantes para efectos de análisis de los datos, Asimismo no se te señalará o juzgará por nadie en base a lo que respondas en la guía de encuesta.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto participar en el proyecto titulado Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida. He leído la información de este consentimiento y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ninguno de mis derechos como estudiante de esta institución y puedo cancelar mi participación en el momento en que yo decida.

Nombre y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice S

Formato de consentimiento informado para la fase experimental

Título del Proyecto: Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida

Investigador principal: ME. José Luis Hernández Torres

Introducción: Estamos realizando un estudio de una intervención sobre consejería en jóvenes sobre prevención del VIH/sida. Se te está invitando a formar parte del estudio que tiene como propósito es mejorar el programa de consejería, tu participación consiste en acudir a dos sesiones de consejería con 35 minutos cada una, la primera sesión sería en este momento y la segunda sesión a los 14 días, para finalmente terminar con una cita a los 30 días una vez concluida la segunda sesión solo para llenar cuestionarios a lápiz y papel, tu participación incluye contestar cuestionarios de lápiz y papel con un tiempo estimado de 40 minutos aproximadamente y deberás utilizar tu celular para recibir un formato relacionado a la consejería vía mensaje multimedia, o bluetooth, además deberás abrir desde tu celular una aplicación móvil con información que es parte de la intervención. Cabe mencionar que el facilitador te apoyará en cada momento que así lo requieras. Este programa será monitoreado para efectos de análisis de información, El lugar donde se llevará el estudio es esta institución. Es importante que sepas que puedes pertenecer a un grupo llamado intervención y otro grupo llamado control debido a que la asignación de participantes se hace de manera aleatoria.

Propósito del Estudio: Evaluar los tratamientos del grupo de intervención y grupo control para el aumento de las intenciones de sexo seguro y conducta sexual segura.

Riesgos: El riesgo es mínimo ya que te preguntaré sobre tus prácticas sexuales, se abordan temas como el VIH/sida y relacionados con la sexualidad, En caso de que te sientas mal en cualquier momento de tu participación, te pido de favor me lo hagas saber, para poder detener la actividad y auxiliarte en caso de que sientas incomodidad, ansiedad, nerviosismo u otra condición que te dificulte o impida continuar. Puedes

retirar tu participación, sin que ello condicione o afecte tus intereses personales o derechos en tu escuela. Cabe mencionar que es un estudio totalmente independiente de la institución donde se realiza.

Costo y Beneficios esperados: Se te apoyará con la cantidad de 300 pesos mexicanos para el transporte, que se te entregarán en la última cita donde solo contestarán los cuestionarios a lápiz y papel.

Dudas: Todas las dudas antes, durante y después del presente estudio serán aclaradas o si surgiera alguna duda serán atendidas a la brevedad, considera la siguiente dirección de correo electrónico jlhernandezht@gmail.com para hacer tus preguntas.

Confidencialidad: Las únicas personas que sabrán de tu participación es el facilitador del estudio, nadie sabrá lo que respondas ya que no colocarás nombres en ningún apartado del estudio, no se te identificará en ninguna parte de los cuestionarios utilizados, se utilizarán para efectos de análisis de datos posterior. Asimismo no se te señalará o juzgará por nadie en base a lo que respondas en la guía de encuesta.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto participar en el proyecto titulado Respeto M-Salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH/sida. He leído la información de este consentimiento y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ninguno de mis derechos como estudiante de esta institución y puedo cancelar mi participación en el momento en que yo decida.

Nombre y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice T

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de susceptibilidad ante el VIH

Variable	Λ	F	Valor de p
Susceptibilidad ante el VIH	.489	73.03	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	54.93	51.41	58.45
	2	74.12	70.94	77.30
	3	78.01	75.20	80.71
Control	1	55.01	51.42	58.51
	2	50.51	47.31	53.72
	3	51.60	48.78	54.32

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice U

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de actitud hacia el sexo seguro

Variable	Λ	F	Valor de p
Actitud hacia el sexo seguro	.665	35.29	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	46.70	42.31	51.08
	2	60.50	56.22	64.74
	3	61.05	57.43	65.47
Control	1	44.70	40.24	49.08
	2	43.67	39.33	47.91
	3	42.41	38.36	46.46

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice V

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de creencia social para el sexo seguro

Variable	Λ	F	Valor de p
Creencia social para el sexo seguro	.643	38.86	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	65.80	62.47	69.09
	2	75.13	72.03	78.22
	3	77.30	74.40	80.18
Control	1	62.93	59.59	66.26
	2	62.00	58.86	65.09
	3	61.20	58.27	64.09

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice W

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro

Variable	Λ	F	Valor de p
Norma de apoyo de la pareja para el sexo seguro	.757	22.46	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	23.30	18.41	28.115
	2	5.83	1.51	10.15
	3	2.63	-1.02	6.30
Control	1	23.60	18.70	28.47
	2	27.40	23.04	31.74
	3	24.64	20.96	28.33

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice X

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de resultado esperado del sexo seguro

Variable	Λ	F	Valor de p
Resultado esperado del sexo seguro	.758	22.33	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	10.60	8.33	12.82
	2	4.30	1.27	7.39
	3	2.22	-.23	4.67
Control	1	12.50	10.20	14.72
	2	16.00	12.87	19.09
	3	15.51	13.04	17.98

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice Y

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro

Variable	Λ	F	Valor de p
Autoeficacia para negociar y practicar el sexo seguro	.602	46.36	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	67.13	62.13	72.15
	2	87.84	83.15	92.54
	3	89.93	85.43	94.30
Control	1	66.10	61.04	71.16
	2	63.93	59.20	68.65
	3	65.32	60.85	69.79

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice Z

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón

Variable	Λ	F	Valor de p
Conocimientos sobre problemas y errores en el uso del condón	.494	71.67	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	20.22	17.31	23.14
	2	4.10	1.36	6.74
	3	2.31	-.21	4.84
Control	1	21.00	18.01	23.88
	2	23.44	20.73	26.15
	3	25.40	22.83	27.92

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice AA

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de barreras percibidas para el uso del condón

Variable	Λ	F	Valor de p
Barreras percibidas para el uso del condón	.619	43.07	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	33.00	27.32	38.64
	2	10.61	5.79	15.43
	3	7.00	2.63	11.35
Control	1	37.00	31.27	42.67
	2	42.20	37.30	47.00
	3	43.10	38.71	47.49

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice BB

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de intenciones de sexo seguro

Variable	<i>A</i>	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>
Intenciones de sexo seguro	.766	21.40	.001**

Nota: *A*= Lambda de Wilks, **p* < .005, ***p* < .001

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	<i>M</i>	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	78.50	78.47	84.55
	2	94.70	89.83	99.57
	3	95.74	91.21	100.27
Control	1	78.82	68.69	80.95
	2	67.00	62.08	71.89
	3	66.10	61.54	70.67

Nota: *n* = 143; *M* = media, IC = Intervalo de confianza

Apéndice CC

Análisis Multivariado Lambda de Wilks de conducta sexual segura

Variable	Λ	F	Valor de p
Conducta sexual segura	.448	86.11	.001**

Nota: Λ = Lambda de Wilks, * $p < .005$, ** $p < .001$

Factor Grupo

Grupo	Mediciones	M	IC 95%	
			<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>
Intervención	1	64.80	61.09	68.48
	2	85.33	82.27	88.38
	3	87.40	84.34	90.36
Control	1	64.43	60.71	68.15
	2	60.71	57.63	63.78
	3	59.90	56.85	62.92

Nota: $n = 143$; M = media, IC = Intervalo de confianza

Resumen Autobiográfico

ME. José Luis Hernández Torres

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: RESPETO M-SALUD, UNA INTERVENCIÓN CON USO DE DISPOSITIVOS MÓVILES PARA AUMENTAR EL SEXO SEGURO EN JÓVENES CON RIESGO DE VIH

Biografía: José Luis Hernández Torres, nació en Torreón Coahuila el 27 de Septiembre de 1984, hijo de Ciro Hernández Gutiérrez y Martha Torres Gómez.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Coahuila (UADEC) con el grado de Licenciado en Enfermería (2003-2007), Egresado de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH) con el grado de Maestro en Enfermería (2009-2012).

Docencia: Profesor Investigador Asociado “C” de la Universidad del Papaloapan (UNPA) (2012-2015) y de la Universidad Autónoma de Coahuila (Junio del 2018 a la fecha). Encargado del programa de servicio social de la Escuela de Licenciatura en Enfermería Unidad Torreón (Agosto del 2018 a la fecha).

Asociaciones y Membresías: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha 2017 a la fecha.

Reconocimientos: Al desempeño docente UNPA (Junio, 2015), por la permanencia como nuevo Profesor de Tiempo Completo en el Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el Tipo Superior (PRODEP) (Mayo, 2013). Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la UANL (2015-2018).

Experiencia Profesional: Enfermero de terapia intensiva en el Hospital y Clínica del Centro en Chihuahua, Chihuahua (Enero, 2011). Jefe de Enfermeras de la Clínica Adelaida Lafón, Christus Muguerza Chihuahua (Octubre, 2009). Enfermero de unidad quirúrgica ambulatoria en Hospital Cima Chihuahua (Octubre, 2009).

Investigación: Colaborador del Cuerpo Académico: Valoración de la salud en el adulto mayor para el cuidado integral de Enfermería en la Escuela de Licenciatura en Enfermería Unidad Torreón de la UADEC (Junio, 2018).

Seminarios, Ponencias y Presentaciones: Participación como ponente en trabajos orales en congresos nacionales y presentación de posters en simposios locales.

E-mail: jlhernandezht@gmail.com.